

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA



DESIGUALDADES SOCIAIS EM SAÚDE NOS IDOSOS: UM RETRATO PARA PORTUGAL

Autor:

Júlia Mariza Bento Martins

Orientador:

Professor Doutor Julian Perelman

IX Curso de Mestrado em Gestão da Saúde

Lisboa, Setembro de 2015

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Julian, pelo seu empenho e dedicada orientação ao longo de todo o projeto.

À minha família, pelo amor de sempre e apoio em mais uma etapa da minha vida.

Ao Pedro, pelo companheirismo, interesse e paciência em todos os momentos.

Aos meus amigos, pela amizade, preocupação e convívios revigorantes.

Aos meus colegas, pelas palavras de força e momentos de desabafo.

RESUMO

Contexto: As desigualdades sociais em saúde são uma questão central de justiça social. No contexto de forte envelhecimento populacional em Portugal, as desigualdades nos idosos representam um desafio crucial para o futuro, sobre as quais existe pouca evidência. Este estudo pretende investigar a existência de desigualdades socioeconómicas em saúde nos idosos, em Portugal.

Metodologia: Foram utilizados os dados para Portugal, da quarta vaga do *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*. O estudo engloba 2017 indivíduos com 50 ou mais anos. Foram utilizados quatro indicadores de saúde: problemas de saúde, saúde auto-reportada, doenças de longa duração e atividade limitada. Foi utilizado o nível de educação como indicador socioeconómico. As desigualdades socioeconómicas foram avaliadas através de regressões logísticas multivariadas.

Resultados: Existem desigualdades socioeconómicas em saúde nos idosos favoráveis aos mais educados. Os indivíduos com menor educação estão em maior risco de reportar má saúde (OR=5,5); maior risco em ter problemas de saúde, existindo um gradiente social na Hipertensão Arterial (OR=2,4) e na Artrite (OR=7,0); maior risco de doenças de longa duração (OR=1,6) e maior risco de limitação nas atividades diárias (OR=5,1). As desigualdades socioeconómicas diminuem com a idade.

Conclusão: De forma a melhorar a saúde e reduzir as desigualdades socioeconómicas em saúde nos idosos, os resultados apontam para a necessidade de implementar medidas no âmbito dos problemas de saúde em que existe um gradiente social, melhorar o nível de educação da população geral e implementar medidas de educação para a saúde, aumentando a literacia em saúde nos idosos mais jovens.

Palavras-chave: Desigualdades socioeconómicas, Educação, Saúde, Idosos, Portugal, SHARE.

ABSTRACT

Background: Socio-economic inequalities in health are a central question of social justice. In the context of intense population ageing in Portugal, health inequalities among the elderly represents a crucial challenge for the future, although there is slight evidence about. This study aims to investigate the presence of socio-economic inequalities in health among the elderly in Portugal.

Methods: Data from the fourth wave of Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, concerning Portugal, were used. The study comprised 2017 individuals aged 50 years or over. Four health indicators were used: health issues, self-reported health, long-term illness and limited activities. The level of education was used as a socio-economic indicator. Multivariate logistic regression was performed to evaluate socio-economic inequalities.

Results: Socio-economic health inequalities among the elderly favouring the more educated was confirmed. The individuals with lower levels of education are at great risk of reporting poor health (OR=5,5); greater risk of having health issues, with the evidence of a social gradient in Arterial Hypertension (OR=2,4) and Arthritis (OR=7,0); greater risk of long-term illness (OR=1,6) and greater risk of limitation on daily basis activities (OR=5,1). Socio-economic inequalities decline with age.

Conclusions: In order to improve health and reduce socio-economic inequalities in health among the elderly, the results indicate the need to implement measures within the scope of health issues in which social gradient exists, to improve the general population's educational status and to implement measures on health education in order to improve health literacy among the young elderly.

Keywords: Socio-economic inequalities, Education, Health, Elderly, Portugal, SHARE.

ÍNDICE

I. INTRODUÇÃO	7
II. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	9
2.1 O ENVELHECIMENTO	9
2.2 EQUIDADE EM SAÚDE	14
2.3 DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE	18
2.4. POSIÇÃO SOCIOECONÓMICA E SAÚDE	21
2.5 EVIDÊNCIAS DAS DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS NOS IDOSOS	26
III. OBJETIVOS DO ESTUDO	30
3.1 PROBLEMÁTICA DE INVESTIGAÇÃO.....	30
3.2 PERGUNTA DE INVESTIGAÇÃO.....	31
3.3 OBJETIVO GERAL.....	31
3.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	32
IV. METODOLOGIA DO ESTUDO.....	33
4.1 RECOLHA DE DADOS	33
4.2 AMOSTRA.....	33
4.3 TIPO DE ESTUDO	34
4.4 VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	34
4.4.1 <i>Variáveis de Estado de Saúde</i>	34
4.4.2 <i>Variável de Posição Socioeconómica</i>	38
4.4.3 <i>Variáveis Demográficas</i>	40
4.5 DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	41
4.6 TRATAMENTO DE DADOS	42
V. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	43
VI. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	51
6.1 PRINCIPAIS RESULTADOS	51
6.2 INTERPRETAÇÃO	51
6.3 POTENCIAIS LIMITAÇÕES	54
6.4 IMPLICAÇÕES	57
VII. CONCLUSÃO.....	59
VIII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Pirâmides etárias da população residente total, Portugal.

Figura 2 - Modelo explicativo dos Determinantes Sociais da Saúde, segundo a Comissão Robert Wood Johnson Foundation.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização da amostra (n=2017).

Tabela 2 - Associação entre nível de educação e estado de saúde: análise univariada.

Tabela 3 - Associação (*odds ratios*) entre nível de educação e estado de saúde, ajustando para sexo e idade: análise multivariada (1).

Tabela 4 - Associação (*odds ratio*) entre nível de educação e estado de saúde, ajustando para sexo e idade: análise multivariada (2).

Tabela 5 - Associação (*odds ratios*) entre nível de educação e estado de saúde, de acordo com o grupo etário, ajustando para sexo e idade: análise multivariada.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AVC - Acidente Vascular Cerebral

CDSS - Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EAM - Enfarte Agudo do Miocárdio

Hipercolest. – Hipercolesterolémia

HTA - Hipertensão Arterial

ICC - Insuficiência Cardíaca Congestiva

INE - Instituto Nacional de Estatística

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

PSE – Posição Socioeconómica

OR - *Odds Ratio*

SHARE - *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

I. INTRODUÇÃO

O presente trabalho de investigação surge no âmbito da Unidade Curricular de Projeto de Investigação, inserida no IX Curso de Mestrado em Gestão da Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa.

No século XXI, uma das maiores mudanças sociais a que assistimos, também em Portugal, consiste na alteração da pirâmide demográfica, que reflete um marcado envelhecimento populacional, traduzindo uma progressiva diminuição do peso das gerações mais jovens a favor das gerações mais idosas (INE, 2002). A temática do envelhecimento levanta preocupações ao nível do planeamento de cuidados e recursos necessários para colmatar as necessidades de saúde de uma população tendencialmente mais vulnerável.

De uma forma geral a saúde tende a deteriorar-se com o avançar da idade. No entanto, a par do decurso biológico natural existem fatores socioeconómicos na associação entre o envelhecimento e o declínio da saúde. O envelhecimento é para além de um processo biológico, um fenómeno inserido e moldado pelo contexto socioeconómico (Chandola *et al.*, 2007). Desta forma a desigualdade em saúde ocorre quando existem circunstâncias que produzidas socialmente, e por isso evitáveis e injustas, afetam a saúde dos indivíduos, favorecendo aqueles em maior vantagem social na hierarquia estabelecida pela sociedade (Whitehead, 1990; Whitehead e Dahlgren, 2006).

A redução das desigualdades em saúde tem sido um dos maiores propósitos dos sistemas de saúde modernos (Mackenbach *et al.*, 2008), todavia, conforme constatado na literatura é, ainda hoje, um desiderato.

Apesar da existência de evidências de padrões de desigualdade socioeconómica na saúde em Portugal, beneficiando os grupos socioeconomicamente mais favorecidos (Santana, 2000; Santana 2002; Furtado e Pereira, 2010), os estudos são escassos e não determinam um conhecimento consistente sobre a população idosa.

Apesar da saúde da população portuguesa ter melhorado consideravelmente nas últimas décadas, o aumento da longevidade a que se assiste não tem sido acompanhado por políticas que reflitam a necessidade em saúde dos idosos (Santana, 2002). Considerando que este grupo populacional tem uma crescente representatividade demográfica, revela-se pertinente adotar estratégias que permitam mitigar as desigualdades em saúde de

forma a acrescentar vida aos anos, isto é, aumentar a qualidade de vida associada ao aumento da esperança de vida da população (Huisman, Kunst e Mackenbach, 2003; OMS, 2012 b). A marcada presença de uma população envelhecida suscita, também, preocupações sobre a evolução das desigualdades socioeconómicas. Perceber se as desigualdades se mantêm, aumentam ou diminuem com o avançar da idade torna-se, por isso, uma questão saliente à escala mundial (Chandola *et al.*, 2007).

Esta investigação pretende traçar um perfil para Portugal, no que respeita à existência de desigualdades socioeconómicas na população idosa, com 50 e mais anos, residente em Portugal. Tem como intuito avaliar a existência de desigualdades socioeconómicas em saúde nos idosos e, concomitantemente, perceber se estas se mantêm, aumentam ou diminuem com a idade. São utilizados os dados, para Portugal, da quarta vaga do *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe* (SHARE), realizada em 2010-2011. Este projeto, de âmbito internacional, garante a representatividade da população portuguesa.

Dada a lacuna de conhecimento sobre esta temática no contexto nacional, o estudo procura produzir evidências científicas que possam ajudar no desenvolvimento de políticas de saúde e ação intersectorial, afim de melhorar a saúde e condições socioeconómicas da população idosa.

O trabalho encontra-se construído em quatro partes. Na primeira parte, é realizada uma revisão do estado da arte dos temas que sustentam esta investigação. São abordados os temas do envelhecimento e equidade em saúde, sendo dada uma visão sobre a situação demográfica em Portugal e suas implicações e definidos os conceitos de equidade em saúde, bem como os seus determinantes, com foco nos fatores socioeconómicos. Posteriormente são resumidas as evidências científicas encontradas sobre as desigualdades socioeconómicas em saúde nos idosos. Na segunda parte são traçados os objetivos e caminho metodológico desta da investigação. Na terceira parte são apresentados os resultados provenientes da investigação, iniciando-se por uma caracterização da amostra, de seguida associações entre o nível de educação e o estado de saúde da população idosa e, por fim, uma verificação da evolução das desigualdades socioeconómicas com a idade. Na quarta parte são discutidos os principais resultados, à luz de outros estudos, bem como limitações metodológicas da investigação, concluindo-se sobre os aspetos da investigação considerados mais pertinentes.

II. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1 O Envelhecimento

Na atualidade assiste-se de forma marcante ao fenómeno do envelhecimento, sendo por isso uma temática com crescente atenção e discussão pública. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), estima-se que entre 2000 e 2050, o número absoluto de pessoas no mundo com 60 e mais anos aumente de 605 milhões para 2 mil milhões (OMS, 2012 a).

A nível mundial a OMS dedicou o Dia Mundial da Saúde em 2012 ao Envelhecimento e a nível europeu a União Europeia designou 2012 como o Ano do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações.

O envelhecimento demográfico consiste na redução de indivíduos das idades mais jovens e aumento de indivíduos das idades mais avançadas (Rosa, 1996). Na base desta transição demográfica estão fatores como a diminuição da mortalidade, o aumento da esperança de vida à nascença, o aumento da esperança de vida a partir dos 60 anos, a diminuição da fecundidade e natalidade e os fluxos migratórios, com a emigração (Veiga, 2014).

São várias as entidades que dedicam a sua atenção ao estudo do envelhecimento quer do ponto de vista demográfico quer a nível socioeconómico ou da saúde. Contudo não existe, ainda, consenso generalizado no que respeita à idade em que uma pessoa se torna idosa. Tanto a Organização das Nações Unidas (ONU) como a OMS assumem como critério para a população idosa, a idade a partir dos 60 anos (OMS, 2014). Há, ainda, a referir que a OMS (2012 b) admite a classificação da idade idosa a partir dos 50 anos, estratificando, posteriormente, em três subgrupos. O primeiro dos 50 e mais anos, o segundo dos 65 e mais anos e o terceiro dos 80 e mais anos. Esta categorização é determinada pelo reconhecimento de diferentes experiências dentro destes subgrupos que ajudam a um melhor entendimento do processo de envelhecimento e a apreciar o *continuum* de vida.

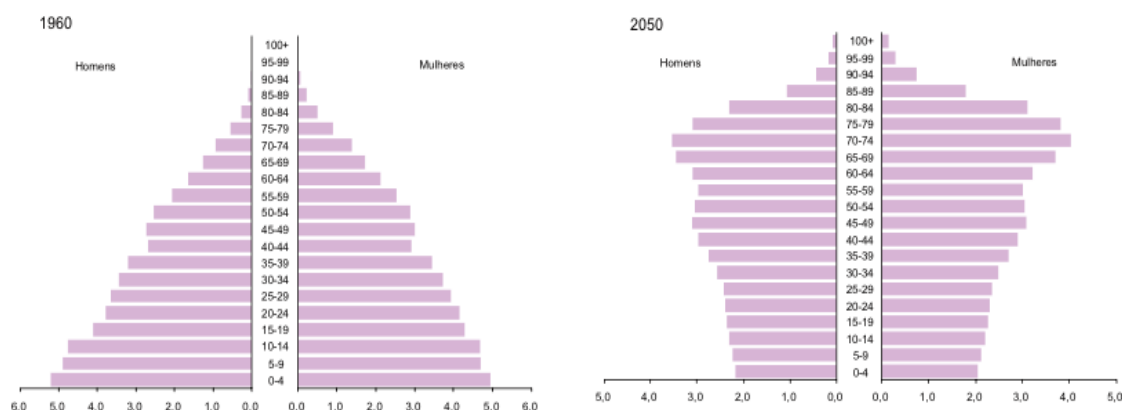
Segundo Rosa (1996), a fase da vida na idade idosa começa com a denominada “terceira idade” que se inicia com a cessação da atividade profissional indo até aos 75 ou 80 anos e prolonga-se até à “quarta idade” que integra a população com mais de 75 ou de 80 anos.

De acordo com o relatório sobre o envelhecimento da ONU (2013), na investigação sobre o tema do envelhecimento, para além do estudo dos grupos “idosos” e “mais idosos” existe, também, uma clara necessidade de estudar o grupo de pessoas com idades compreendidas entre os 55 e os 64 anos. Neste grupo etário as pessoas encontram-se em idade ativa, todavia, próximos da idade estatutária de reforma, com aumento da probabilidade de desemprego e menor empregabilidade e com maior probabilidade de necessidade de conciliar a atividade profissional com cuidados a ascendentes.

A Europa foi um dos primeiros continentes a experienciar o envelhecimento da população, contudo, o processo de envelhecimento demográfico está a acontecer em todo o mundo, com estádios de transição diferentes. Nos países desenvolvidos o processo encontra-se mais avançado, enquanto que nos países em desenvolvimento a transição demográfica acontecerá de forma mais abrupta (OMS, 2012 b).

De acordo com o perfil traçado pelo Fórum Mundial Económico (2011), em 2010, 22% da população residente na Europa eram pessoas idosas, com 60 ou mais anos, sendo 4% pertencentes ao grupo de idosos de 80 e mais anos. Para Portugal as estatísticas são semelhantes, sendo que 24% eram pessoas idosas, com 60 e mais anos com 5% de representação do grupo de idosos de 80 e mais anos. Segundo a mesma entidade, as projeções demográficas para 2050, apontam para uma população idosa de 34% para a Europa e 40% para Portugal e, muito idosa (80 e mais anos), de 9% e de 12%, respetivamente. Segundo um ranking mundial, elaborado pelo Fórum Mundial Económico, Portugal será em 2050 o segundo país com mais população idosa (60 e mais anos), sendo o Japão o primeiro país do ranking desde 2012 (Fórum Mundial Económico, 2011). A figura 1 mostra dois momentos da distribuição demográfica em Portugal, 1960 e 2050. É notória a presença de uma população cada vez mais envelhecida a par de uma grande redução da população nas camadas mais jovens. De forma constante os idosos vão deixando de ser uma minoria para se constituírem uma parcela significativa da população.

Figura 1 - Pirâmides etárias da população residente total, Portugal.



Em % do total de população residente. Fonte: Gonçalves e Carrilho (2007).

Uma das áreas de maior relevo ao debater a temática do envelhecimento, é a área da saúde, uma vez que, um ciclo de vida maior e uma maior expressão das idades mais avançadas pode espelhar um aumento das necessidades em cuidados de saúde. Uma população mais envelhecida tem maior propensão para o desenvolvimento de condições de co-morbilidade, de uma maior complexidade de patologias associadas e de aumento do número de doenças e incapacidades funcionais, levando a um aumento nos gastos em saúde (ONU, 2013). Este aspeto é, também, reforçado pelo aumento da sobrevivência dos idosos mais velhos visto encontrar-se prolongado o período de vida onde aumenta a prevalência de morbilidade e incapacidade (ONU, 2013). De facto, segundo a Comissão Europeia (2012), a despesa, habitualmente, aumenta com a idade das pessoas, sendo particularmente visível a partir dos 55 para os homens e dos 60 para as mulheres. Do ponto de vista da sustentabilidade, o aumento a longevidade de uma população, sem refletir concomitantemente uma melhoria no estado de saúde, leva a um aumento da procura de cuidados de saúde durante um maior período de tempo, podendo aumentar a despesa e os gastos em saúde (Breyer *et al.*; Zweifel *et al.* cit. por Comissão Europeia, 2012). De acordo com o relatório sobre o envelhecimento da ONU (2013), as sociedades com uma população mais envelhecida, nomeadamente as da Europa, gastam mais em saúde em relação a outras com uma população mais jovem. Apesar de ser frequente associar a estrutura de uma população marcadamente envelhecida como uma das maiores fontes de aumento da despesa em saúde, segundo vários investigadores, o envelhecimento não é um fator de peso para o aumento da despesa, contribuindo muito menos do que o apontado. De acordo com a Comissão Europeia (2012), é possível observar, em alguns Estados-Membros, uma redução *per capita* na despesa nas idades mais idosas (85 anos ou mais).

O fenómeno do envelhecimento traz grandes desafios no campo da saúde. De uma forma geral, os serviços de saúde deverão dar resposta às exigências de uma população cada vez mais envelhecida, permitindo que os cuidados estejam cada vez mais atentos e direcionados para uma população com uma longevidade crescente e com maiores níveis de dependência. Segundo a Comissão Europeia (2012), o avanço tecnológico na área da saúde tem sido um êxito no que se refere à mortalidade, contudo tem, ainda, pouco sucesso na melhoria do estado de saúde dos sobreviventes.

De acordo com Gonçalves e Carrilho (2007), o envelhecimento populacional deve ser entendido como um desafio, um processo que surge no decurso da vida perante o qual as sociedades se deverão adaptar otimizando a experiência e as capacidades das pessoas idosas. É uma realidade global, sendo por isso um assunto cada vez mais presente e premente em todas as sociedades, não sendo Portugal a exceção. A evolução demográfica esperada e à qual se tem assistido, fruto de um progresso considerável, nomeadamente ao nível dos cuidados de saúde oferecidos à população e ao desenvolvimento económico das sociedades, irá refletir-se sobre múltiplos aspetos da vida quotidiana do indivíduo e da sociedade no geral. Tal facto requer uma reorganização na estrutura das sociedades a vários níveis, sendo para tal indispensável um maior conhecimento sobre a temática do envelhecimento, tornando a ação sobre o paradigma social e económico vigente mais fundamentada (Fórum Económico Mundial, 2011). Como ponto de partida, assume-se de crucial importância traçar o perfil da população. A investigação na área do envelhecimento permite, não só, aprofundar conhecimentos sobre uma população com cada vez mais expressão na sociedade, mas também, delinear estratégias para que a mesma tenha uma vida com mais qualidade e bem-estar.

Em muitos países da União Europeia, os cuidados de saúde públicos são financiados, na sua maioria, pelo Estado, pelas contribuições da classe trabalhadora à Segurança Social e impostos. Do ponto de vista socioeconómico, o envelhecimento demográfico retrata o aumento de uma população que recebe pensões mas que não trabalha, podendo gerar uma rutura no financiamento da saúde em Portugal, pelo previsível aumento de pessoas a necessitarem de cuidados de saúde (Comissão Europeia, 2012).

Com o aumento da esperança de vida e esperança de vida aos 60 anos existirão cada vez mais idosos a viver cada vez mais anos, sendo maior a necessidade de recursos para sustentar o aumento das prestações sociais (Comissão Europeia, 2012). Este facto é

agravado pela diminuição, expectável, da população ativa. De acordo com a Comissão Europeia (2012) espera-se para Portugal, em 2050, uma esperança de vida à nascença de 82,2 anos para os homens e de 87,5 anos para as mulheres (INE, 2002).

O envelhecimento demográfico é um dos mais notáveis sucessos da nova era que espelha contributos de áreas como a Saúde Pública, Medicina, Educação e Economia (Fórum Económico Mundial, 2011). Os progressos na área da ciência e consequentemente na área da saúde, as alterações na dinâmica das sociedades, nomeadamente a alteração do papel da mulher, fatores de ordem política e socioeconómicos são alguns dos motivos que justificam o marcado crescimento da população e representatividade dos grupos etários mais elevados. Este fenómeno entende-se, assim, como um processo dinâmico que se refere não só ao aumento de proporção da população idosa na população total, mas também, ao crescimento da sua importância social e do seu potencial para influenciar os processos sociais (Gonçalves; Carrilho, 2007).

De acordo com o INE (2002:189) “este fenómeno social é um dos desafios mais importantes do século XXI e obriga à reflexão sobre questões de relevância para a saúde e bem-estar das populações mais idosas” e estratégias que possam fazer face às crescentes necessidades de uma sociedade em permanente transformação.

Apesar da clara evidência de que a população está a viver mais, sabemos pouco quanto à qualidade de vida e à forma como os fatores socioeconómicos influenciam a saúde e a sua qualidade (OMS, 2012 b).

A população idosa tem, associado ao processo natural de envelhecimento, uma maior probabilidade de sofrer de várias formas de incapacidades relacionadas com a saúde ou de auto-avaliarem a sua saúde como má (Pirani; Salvini, 2012). Para além disso, segundo Santana (2002), os idosos pobres são um dos grupos mais vulneráveis, estando em maior risco de ter pior saúde. Partindo deste pressuposto, interessa conhecer e compreender a relação entre a posição socioeconómica e a saúde e, por conseguinte, de que forma as características socioeconómicas são fatores determinantes da saúde dos idosos, um grupo populacional com cada vez maior expressão na população portuguesa. Existem evidências da existência de desigualdades socioeconómicas na saúde, não sendo para a população idosa uma exceção (Grundy, Holt, 2001; Dalstra *et al.*, 2006).

2.2 Equidade em Saúde

O tema da equidade reporta, invariavelmente, para consideração critérios de justiça social. Na área da saúde, a equidade é um princípio que norteia a política dos sistemas de saúde, não devendo ser descurado.

Ao iniciar o capítulo sobre equidade em saúde, é importante ressaltar que, de acordo com Adler e Stewart (2010) e Braveman e Gruskin (2003) os termos equidade e igualdade em saúde não são em rigor conceitos idênticos, uma vez que, não têm estritamente o mesmo significado. O termo equidade é mais abrangente, refletindo critérios que vão para além do direito à igualdade. Contudo quando os autores se debruçam sobre esta temática, os termos “desigualdades em saúde” ou “iniquidades em saúde” têm como base um mesmo pressuposto, noções de direitos humanos, ética e justiça distributiva (Braveman, Gruskin, 2003; Braveman, 2006). Para Adler e Stewart (2010) o conceito de iniquidade em saúde tem sido usado para enfatizar a injustiça nas diferenças no estado de saúde. Ao longo deste trabalho utilizar-se-á de forma indistinta os termos supramencionados. Importa, também, apontar que equidade em saúde e equidade nos cuidados de saúde são conceitos diferentes. No primeiro o objetivo final será a eliminação de todas as diferenças evitáveis e injustas no estado de saúde entre diferentes grupos socioeconómicos. Já no segundo, pretende-se uma adequação dos serviços ao nível da necessidade dos indivíduos, o que pode traduzir diferenças no acesso e na utilização de serviços entre os diferentes grupos socioeconómicos, beneficiando os grupos menos favorecidos, com maiores necessidades (Whitehead; Dahlgren, 2006). Este trabalho debruçar-se-á sobre a temática das desigualdades socioeconómicas em saúde.

A investigação na área das desigualdades em saúde tem sido um foco de atenção ao longo das duas últimas décadas sobretudo devido à persistência dessas disparidades, apesar de iniciativas de prevenção no âmbito da saúde pública e da melhoria nos cuidados de saúde (Adler; Stewart, 2010).

A autora Margaret Whitehead foi pioneira, num documento de discussão do Departamento Regional da OMS para a Europa, em 1990, ao propor que o termo equidade tem uma dimensão moral e ética, e que o mesmo se refere a diferenças que são desnecessárias, evitáveis e injustas (Whitehead, 1990). Desde então outras definições foram surgindo contudo a definição de Whitehead é largamente mais utilizada, uma vez

que, define de forma sucinta e intuitiva o conceito de desigualdades em saúde, tornando-a numa poderosa ferramenta de comunicação com o público e decisores políticos (Braveman, 2006).

Para Braveman e Gruskin (2003), a equidade em saúde pode definir-se como a ausência de disparidades sistemáticas na saúde (ou nos determinantes sociais de saúde major) entre grupos sociais com diferentes níveis de vantagem/desvantagem subjacente, isto é, diferentes posições na hierarquia social. Essas diferenças, potencialmente evitáveis põem sistematicamente os grupos socialmente menos favorecidos numa, ainda, maior desvantagem social a nível da saúde (Braveman, 2006).

A definição de Whitehead (1990) é ponto de partida para a determinação de que nem todas as diferenças no âmbito da saúde são desigualdades em saúde. São consideradas como inevitáveis as diferenças atribuíveis a variações de natureza biológica, que decorrem do código genético do indivíduo; os danos de saúde provocados por um determinado comportamento, se escolhido de livre vontade (por exemplo a prática de determinados desportos) ou a vantagem transitória que um determinado grupo apresenta sobre outro pela adoção de comportamentos que promovam a saúde, desde que o outro grupo possua também os meios para adotar esses comportamentos. Estas diferenças possuem em comum um carácter que não pode ser atribuído a injustiças socialmente produzidas e, por isso, não podem ser consideradas como iniquidades. São diferenças na saúde que acontecem pelo decurso natural da vida ou por decisão do próprio indivíduo e não por falta de controlo do próprio. De uma forma geral as iniquidades em saúde são direta ou indiretamente geradas por fatores sociais, económicos ou ambientais e influenciam estruturalmente os estilos de vida. Como tal, estes determinantes sociais de iniquidades são todos passíveis de serem mudados (Whitehead; Dahlgren, 2006).

Segundo Whitehead e Dahlgren (2006) são três características distintas que, quando combinadas, tornam variações ou diferenças na saúde numa iniquidade social em saúde. Estas devem ser sistemáticas, socialmente produzidas e injustas. A característica de sistematicidade indica algo que segue um padrão de forma persistente na população e não algo atribuído ao acaso, como por exemplo as diferenças no estado de saúde entre diferentes grupos socioeconómicos. O facto de as diferenças serem socialmente produzidas, afasta-as de um critério de acontecimento de determinação biológica, aproximando-as de critérios que não são fixos e inevitáveis e, por isso, passíveis de serem modificados. A última característica tem por base um critério de justiça social,

que pode ser variável de acordo com o tempo e espaço. Na Europa e em muitos outros locais do mundo, as desigualdades em saúde são entendidas como as diferenças na saúde entre os grupos socioeconómicos mais e menos favorecidos (Braveman, 2006). Contudo, diferentes contextos a nível social, político e económico têm diferentes perspetivas sobre o conceito de equidade em saúde (Braveman; Gruskin, 2003).

Segundo Adler e Stewart (2010), o percurso de investigação tem sido norteado por questões sobre qual a melhor definição de desigualdades/iniquidades; sobre qual o melhor método para operacionalizar a investigação, isto é, medir as desigualdades; e sobre quais as causas das desigualdades em saúde. Todos estes focos de investigação são contributos indispensáveis para um objetivo primordial, a eliminação destas desigualdades.

De forma a eliminar as causas de desigualdades socioeconómicas em saúde é necessário agir em várias frentes, uma vez que as mesmas têm uma origem múltipla e correlacionada. Margaret Whitehead, no documento já mencionado, contribuiu com uma abordagem para reduzir as desigualdades socioeconómicas em saúde, centrada em quatro vetores. Empoderar os indivíduos em posições socioeconómicas menos favorecidas; empoderar as comunidades, construindo uma base de coesão social e apoio mútuo; melhorar as condições de vida e de trabalho, promovendo o acesso a serviços essenciais de forma a evitar o declínio de posição social (melhoria das condições de habitação e de trabalho e melhor acesso aos cuidados de saúde e serviços de segurança social); promover políticas de saúde sustentadas na melhoria das condições económicas, culturais e ambientais, permitindo reduzir a pobreza e outros fatores de desigualdades na sociedade (Whitehead, 2007).

Assume-se que reduzir as iniquidades em saúde é de crucial importância na medida em que a saúde é um direito humano fundamental e, por si só, um dos pilares de realização social (OMS, 2010). Eliminar as desigualdades que resultam de diferenças no estado de saúde é essencial ao bem-estar e potencia outros acontecimentos na esfera social, permitindo alcançar o estado máximo de saúde e como tal concretizar os planos de vida perspetivados (Braveman, 2006). A saúde é um dos pilares mais elementares para conseguir alcançar outros propósitos na vida, tais como, melhor educação e emprego (Whitehead; Dahlgren, 2006).

O acervo de informação e conhecimento produzido sobre as desigualdades em saúde permite definir e operacionalizar um conceito importante para o bem-estar das

populações (Braveman; Gruskin, 2003). Medir este conceito de forma rigorosa, permite delinear estratégias para a redução das desigualdades.

De acordo com Braveman (2006) medir as desigualdades sociais em saúde requer três componentes fundamentais: um indicador de saúde, um indicador de posição social e um método que permita comparar a saúde entre os diferentes grupos sociais.

A maior ou menor vantagem social, ou seja, a posição social na hierarquia da sociedade, varia de acordo com os recursos económicos, poder ou prestígio (Braveman, 2006), sendo que a característica que prevalece nos grupos com menor vantagem social é a falta de um desses fatores. Assim, as desigualdades socioeconómicas em saúde expõem os grupos sociais menos favorecidos a uma desvantagem maior no que respeita à sua saúde (Braveman; Gruskin, 2003).

De forma a igualar as oportunidades de um indivíduo ser mais saudável, as sociedades devem ter medidas políticas/ações sociais que atuem ao nível dos determinantes sociais e económicos de saúde, uma vez que, são estes que podem (ou não) potenciar a persecução de melhores condições de vida para a população (Braveman; Gruskin, 2003).

Compreender a forma como são distribuídas as desigualdades a nível populacional é essencial para tornar possível o desiderato de uma saúde mais atingível em qualquer posição da hierarquia social. É fundamental identificar grupos sociais comparáveis, isto é, os mais e menos favorecidos, de acordo com determinantes socioeconómicos da saúde e perceber quais os que têm vantagem sobre os outros e que por isso, conseguem alcançar um melhor estado de saúde (Braveman; Gruskin, 2003).

Em suma, equidade em saúde é o princípio que motiva os esforços para eliminar as desigualdades em saúde entre grupos de pessoas que são social ou economicamente menos favorecidos (Braveman, 2014). Equidade em saúde significa igual oportunidade de ser saudável para todos os grupos da população, o que implica uma distribuição de recursos e um planeamento de processos a todos os sectores, não só o da saúde (Braveman; Gruskin, 2003).

2.3 Determinantes Sociais em Saúde

Explicados os conceitos de equidade em saúde e a importância da definição e da medição das desigualdades em saúde, importa retratar quais as causas subjacentes que estão na origem destas desigualdades.

De acordo com Marmot *et al.* (2008), as desigualdades socioeconómicas em saúde são causadas por uma distribuição desequilibrada de poder, rendimentos, bens e serviços, resultado de uma combinação de fracos programas sociais, injustos alinhamentos económicos e má política. Este desequilíbrio na distribuição leva à existência de um gradiente social em saúde, isto é, quanto menos favorecida for a posição socioeconómica pior será a saúde, o que gera uma saúde precária nos grupos socioeconómicos menos favorecidos.

De acordo com a Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde (CDSS) (2010), é possível minimizar as desigualdades em saúde, agindo de forma homogénea em todos os determinantes sociais, com mudanças que se iniciam no começo de vida e agem sobre todo o ciclo de vida. Os determinantes sociais afetam circunstâncias da vida das pessoas, nomeadamente, no acesso à saúde e à educação, nas condições de trabalho e de vida e no ambiente em que estão inseridos, constituindo uma barreira a oportunidades de uma vida próspera.

Segundo Marmot *et al.* (2008) os determinantes sociais da saúde são constituídos por determinantes estruturais, isto é, circunstâncias de natureza política, social e económica; e por condições de vida diária, entendidas como as circunstâncias em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem. São estes dois elementos, que em conjunto, podem influenciar positiva ou negativamente a vida das populações, sendo a causa das desigualdades sociais em saúde. As oportunidades de vida diferem substancialmente, dependendo do local onde as pessoas nascem e crescem (Marmot *et al.*, 2008).

Segundo a CDSS (OMS, 2010) os determinantes sociais estruturais são compostos pelo contexto e pelos mecanismos estruturais e, por conseguinte, pela posição socioeconómica resultante. O contexto refere-se aos mecanismos sociais e políticos que configuram a hierarquia social, aos valores culturais e sociais, tais como o mercado de trabalho, o sistema educacional e o sistema de segurança social. Os mecanismos estruturais referem-se aos fatores que originam e estratificam a divisão entre as classes

sociais, definindo a posição socioeconómica, nomeadamente, rendimento, educação, profissão, classe social, género e raça/etnia. A CDSS defende que são os determinantes sociais estruturais os responsáveis pela iniquidade em saúde, sendo por isso designados como determinantes sociais de iniquidades em saúde.

Ainda de acordo com a CDSS (OMS, 2010), os determinantes estruturais manifestam-se através de um conjunto de determinantes intermediários que moldam os resultados em saúde. Estes determinantes classificam-se como: condições materiais, circunstâncias psicossociais, fatores comportamentais e/ou biológicos e, também, o próprio sistema de saúde. Nas condições materiais estão incluídos fatores como a qualidade da habitação, os meios financeiros para adquirir comida saudável ou roupa e o ambiente de trabalho. As circunstâncias psicossociais são definidas pelo nível de *stress* nas condições de vida e nas relações interpessoais e na presença ou ausência de apoio social e mecanismos de *coping*. Os fatores comportamentais incluem estilos de vida que são distribuídos de forma diferente entre os diferentes grupos sociais, tais como, nutrição, atividade física, consumo de tabaco e álcool e os fatores biológicos são de ordem genética, incluindo a idade e o sexo. Relativamente ao sistema de saúde, é dada especial relevância ao papel que o mesmo tem na promoção de um acesso equitativo à saúde e, ainda, na promoção da ação intersectorial, de forma a melhorar o estado de saúde das populações. De salientar que, os conceitos determinantes estruturais e determinantes intermédios traduzem a prioridade causal dos determinantes sociais da saúde (OMS, 2010).

De acordo com Braveman, Egerter e Williams (2011), os determinantes sociais da saúde referem-se a fatores não clínicos que influenciam a saúde, tais como, literacia em saúde, atitudes, crenças e comportamentos (estilos de vida). Os autores consideram, no entanto, que estes são apenas os determinantes mais a jusante balizados por outros determinantes sociais mais a montante que têm uma maior influência na explicação das causas e que representam as mais importantes oportunidades de melhoria da saúde e redução das desigualdades em saúde. Os determinantes a jusante - cuidados de saúde e estilos de vida - são moldados pelos determinantes a montante relacionados com as condições de vida e de trabalho e estas pelas oportunidades e pelos recursos socioeconómicos. As condições de vida e de trabalho influenciam a saúde de forma direta, como por exemplo, ambientes de *stress* ou exposição a tóxicos e indireta pela forma como moldam as escolhas relacionadas com a saúde que as pessoas adotam para si e para a sua família. Numa perspetiva mais abrangente as oportunidades e os recursos socioeconómicos

condicionam o indivíduo na deliberação de escolhas saudáveis e no que diz respeito à opção de condições de vida e de trabalho que promovam a saúde (Fig.2). Os determinantes a montante influenciam a saúde, em todas as fases da vida, acumulando maior ou menor vantagem social e maior ou menor vantagem na saúde ao longo do tempo.

Figura 2 - Modelo explicativo dos Determinantes Sociais da Saúde, segundo a Comissão Robert Wood Johnson Foundation.



Fonte: Braveman, Egerter e Williams (2011).

Apesar de nomenclaturas diferentes, relativamente à definição dos fatores que determinam socialmente a saúde, os autores apresentados concordam na existência de determinantes a um nível macro, onde vigora a importância de uma ação com medidas políticas e socioeconómicas e um nível micro, onde a ação intersectorial é fundamental, ultrapassando medidas implementadas apenas no campo da saúde.

Para a OMS (2010), tendo em consideração a evidência produzida, os determinantes estruturais da saúde e a posição socioeconómica são a principal fonte das desigualdades sociais em saúde, sendo notório o impacto dos processos sociais na equidade em saúde.

2.4. Posição Socioeconómica e Saúde

A posição socioeconómica (PSE) refere-se a fatores sociais e económicos que influenciam e determinam a posição que cada indivíduo ou grupo ocupa dentro da estrutura de uma sociedade (Linch, Kaplan cit. por Galobardes *et al.*, 2006). A PSE é um conceito largamente conhecido na investigação na área da saúde, uma vez que, se relaciona com inúmeras exposições, recursos e suscetibilidades que podem afetar a saúde (Galobardes *et al.*, 2006).

Berkman e Macintyre (1997), defendem que a PSE é um preditor de mortalidade e morbidade na idade idosa, apesar da existência de evidências contrárias. Segundo os autores, a controvérsia acontece devido à escolha do indicador de PSE utilizado para esta população específica. Ao longo da investigação sobre as desigualdades socioeconómicas têm sido utilizados vários indicadores de PSE, sendo foco de muitos estudos a definição do indicador mais adequado para medir as desigualdades na população idosa (Bowling, 2004), uma vez que, vários autores concordam que medir as desigualdades socioeconómicas nesta população é uma tarefa mais difícil e complexa, devido às suas especificidades (Grundy, Sloggett, 2003; Maurer, 2006; Dalstra *et al.*, 2006). Deste modo, estudar as desigualdades socioeconómicas na população idosa tem, muitas vezes, o objetivo de determinar o(s) indicador(es) com maior sensibilidade para capturar as particularidades de uma fase final do ciclo de vida, capaz de refletir as consequências de toda uma vida (Berkman, Macintyre, 1997; Grundy, Holt, 2001; Huisman *et al.*, 2005), para além do objetivo concreto da produção de conhecimento sobre o impacto das desigualdades nesta população.

Existem medidas de PSE clássicas no estudo sobre as desigualdades socioeconómicas, nomeadamente, a educação, a ocupação, o rendimento e a riqueza (Berkman, Macintyre, 1997; Dalstra *et al.* 2006; Grundy, Holt, 2001).

A **educação** retrata as circunstâncias do início de vida (através da PSE da criança herdada pelos pais) e é, também, um forte determinante na vida adulta visto influenciar emprego e rendimento futuros (Galobardes *et al.*, 2006). O conhecimento e as capacidades adquiridas pela educação torna as pessoas mais recetivas a mensagens de saúde e facilita na comunicação e no acesso a serviços de saúde (Galobardes *et al.*, 2006). É um indicador fácil de medir nos questionários, com elevadas taxas de resposta e é uma medida estável, improvável de ser influenciada pelo estado de saúde na idade

idosa, portanto menos provável de sofrer causalidade inversa (Berkman, Macintyre, 1997; Maurer, 2006). Contudo, nos estudos que incluem indivíduos com diferentes idades os resultados podem sofrer enviesamentos pelo facto dos mais velhos estarem maioritariamente representados no grupo dos menos educados (Galobardes *et al.*, 2006). Na maioria dos países europeus a população idosa da atualidade, abandonou a escola numa idade prematura, com o mínimo de qualificações (Grundy; Holt, 2001). Assim, a educação poderá não ser o indicador mais adequado para o grupo dos idosos mais velhos por ser mais provável possuírem baixos níveis educacionais (Berkman, Macintyre, 1997). Outros autores sugerem que, como o nível de educação é atingido precocemente na vida adulta, pode não refletir de forma precisa a sua PSE atual (Huisman *et al.*, 2005).

Com todas as vantagens e desvantagens da educação, este indicador continua a ser utilizado por um leque variado de autores nos estudos sobre as desigualdades socioeconómicas em saúde nos idosos (Grundy, Holt, 2001; Huisman, Kunst, Mackenbach, 2003; Buckley *et al.*, 2004; Huisman *et al.*, 2004; Huisman *et al.*, 2005; Dalstra *et al.*, 2006; Menvielle *et al.*, 2010; Tsimbos, 2010), visto existir uma forte associação entre educação e saúde (Braveman; Egerter; Williams, 2011).

A **ocupação** relaciona-se com o estatuto social, o rendimento e o intelecto, e caracteriza o indivíduo nas suas relações de trabalho. A sua influencia na saúde vem da premissa de que os indivíduos com ocupações mais vantajosas têm maior poder económico e melhor educação podendo ter um acesso mais fácil aos serviços de saúde, melhores condições sanitárias e habitacionais, melhor rede social, melhores condições de trabalho, entre outros (Galobardes *et al.*, 2006). A ocupação é muitas vezes estudada na população idosa pela hipótese, que não pode ser afastada, de que as condições de trabalho têm influência na idade idosa (Grundy; Holt, 2001). Apesar deste facto e de ser uma medida fácil de recolher, facilmente disponível em grande parte dos questionários como caracterização sociodemográfica, não pode ser utilizado quando os indivíduos não estão empregados, limitando o seu uso em populações idosas, uma vez que, a maioria se encontra na idade da reforma (Galobardes *et al.*, 2006; Grundy, Holt, 2001) e por não refletir adequadamente o decurso do tempo de vida (Berkman; Macintyre, 1997).

O **rendimento** influencia a saúde de forma direta, pelo facto do indivíduo poder adquirir serviços de saúde em maior quantidade e, por vezes, qualidade e de forma indireta, ao potenciar o acesso a melhores condições de vida no geral (educação, adoção

de estilos de vida saudáveis, entre outros), sendo também o indicador de PSE que mede os recursos materiais de forma mais direta (Galobardes *et al.*, 2006). Se por um lado o rendimento influencia a saúde, também a saúde pode fazer variar em larga escala o rendimento, sofrendo de um mecanismo de causalidade inversa (Galobardes *et al.*, 2006; Grundy, Holt, 2001). Por exemplo, ter um pior estado de saúde faz com que, mesmo sendo detentor de um rendimento avultado, os esforços monetários gastos ao tentar melhorar a saúde incorram num consumo de recursos financeiros. A par disso, é um indicador de difícil medição nos questionários, comparativamente à educação ou à ocupação, por ser um tópico sensível para a maior parte dos indivíduos, por poder requerer um número elevado de questões, sustentadas pelo acesso a documentos relevantes, levando a reduzidas taxas de resposta nos questionários (Grundy; Holt, 2001).

O rendimento para as camadas mais jovens e mais idosas pode não ser um indicador de PSE tão fiável por, tipicamente, seguir uma trajetória curvilínea com a idade (Galobardes *et al.*, 2006), ou seja, encontra-se reduzido nos mais jovens e nos idosos. Por outro lado, de uma forma geral, o rendimento não é uma medida adequada para os idosos por ser fortemente relacionado com o trabalho (Grundy; Holt, 2001). De salientar que, os recursos financeiros na idade idosa podem ser devido a rendimento, bens e/ou pensões. Deste modo, considerar apenas o rendimento pode não refletir a PSE de forma fiável (Dalstra *et al.*, 2006).

No entanto, este indicador mostrou diferenças significativamente estatísticas consideráveis na saúde dos idosos, não podendo ser descartado como uma medida de PSE capaz de descrever a magnitude e o padrão das diferenças na população idosa (Gundy, Holt, 2001; Dalstra *et al.*, 2006).

A **riqueza** consiste numa outra forma de avaliar a PSE de uma perspetiva financeira. A riqueza refere-se a todos os recursos financeiros acumulados no decurso da vida, heranças, poupanças, benefícios, posse de bens, entre outros (Berkman; Macintyre, 1997). É, por isso, um indicador que pode refletir melhor os recursos económicos visto ser mais abrangente. De acordo com Allin, Masseria e Mossialos (2009), a utilização da riqueza mostrou ser, ao invés do rendimento, uma medida mais adequada de PSE para analisar a população idosa que inclua nos estudos indivíduos economicamente ativos e não-economicamente ativos.

No entanto, é uma medida mais difícil de medir do que o rendimento, pela dificuldade em ter acesso à informação das várias fontes de riqueza associadas, e por isso menos utilizada nos estudos de saúde (Berkman, Macintyre, 1997; Braveman, Egerter, Williams, 2011). A par do rendimento, a riqueza é também um indicador que sofre de causalidade inversa, os indivíduos com pior saúde têm menor probabilidade de acumular riqueza (Allin; Masseria; Mossialos, 2009).

Os quatro indicadores supramencionados, consistem em medidas baseadas em características pessoais. A procura de indicadores com maior sensibilidade para a população idosa levou à investigação de **medidas baseadas em características de agregado familiar** “*household measures*” (Grundy, Holt, 2001; Dalstra *et al.*, 2006). São exemplo destas, a posse de habitação “*housing tenure*” que reflete o rendimento ao longo da vida e a acumulação da riqueza durante o curso de vida (Dalstra *et al.*, 2006); o acesso a carros que facilita o acesso a serviços de saúde e atividades sociais; as comodidades habitacionais “*household amenities*”, tais como aquecimento central e acesso a água quente que reduzem o risco de exposição à humidade ou ao frio (Grundy; Holt, 2001); e as condições habitacionais “*household conditions*”, tais como materiais de construção utilizados, número de pessoas residentes na habitação (Galobardes *et al.*, 2006). Estes indicadores estão intimamente relacionados com as medidas individuais e ajudam à caracterização da PSE do indivíduo, influenciando a saúde de forma indireta (posse de habitação) e de forma direta (exposição a fatores de risco para a saúde). Vários estudos demonstram, cada vez mais, a importância de utilizar características de agregado familiar para explicar as diferenças entre os grupos socioeconómicos na saúde em idades idosas ou muito idosas, nomeadamente a posse de habitação (Grundy, Holt, 2001; Dalstra *et al.*, 2006; Matthews *et al.*, 2005).

As medidas baseadas no agregado familiar consideram-se de fácil recolha, contudo são indicadores específicos para o contexto temporal e geográfico onde são recolhidos (Galobardes *et al.*, 2006). São indicadores que sofrem de causalidade inversa, por exemplo a falta de carro pode não estar associada a falta de rendimento mas a problemas de saúde que impedem o indivíduo de conduzir (Grundy; Holt, 2001).

Grundy e Holt (2001), sugerem a utilização de **medidas de identificação de pobreza e de privação** para a medição das desigualdades socioeconómicas, visto estarem relacionadas com a PSE. Define-se como privação a incapacidade de participar em atividades rotineiras devido à falta de recursos materiais (Townsend cit. por Grundy;

Holt, 2001). A falta de recursos para fazer face a necessidades consideradas como rotineiras afeta a saúde das pessoas do ponto de vista psicossocial, pela dificuldade de interação social; material, pela falta de recursos e ecológica, pela probabilidade de viver em bairros que carecem de condições sanitárias, com elevadas taxas de desemprego ou de violência. A medição destes indicadores requer um quadro conceptual que tenha em consideração as circunstâncias de toda a população, definindo o que são os recursos para fazer face a necessidades consideradas como rotineiras, o que leva a que estes indicadores sejam raramente encontrados nos questionários, e por isso dificilmente são incluídos nos estudos. Estas medidas devem ser utilizadas com precaução na população idosa, uma vez que, aquilo que são atualmente áreas de privação poderiam não o ser quando esta população era mais jovem e portanto não estarem sujeitos à falta de recursos e às condições envolventes (Grundy; Holt, 2001).

De acordo com a literatura, não existe um indicador de PSE capaz de servir os objetivos de todas as investigações, visto cada um deles medir diferentes aspetos da estratificação socioeconómica, na maioria das vezes relacionados entre si. A sensibilidade na medição das desigualdade socioeconómicas mostra ser diferente em cada fase da vida, sendo importante seleccionar o mais adequado para refletir as idiossincrasias da população idosa (Galobardes *et al.*, 2006). Grundy e Holt (2001), defendem que a utilização de uma combinação de indicadores (educação ou ocupação e uma medida de privação) tem uma maior sensibilidade para capturar a magnitude das desigualdades socioeconómicas nos idosos.

Todos os estudos sobre as desigualdades socioeconómicas na população idosa, principalmente aqueles que procuram estudar quais os indicadores mais adequados para a medição nesta população, evidenciam e reforçam que, por meio de um ou de outro indicador, a PSE tem efeitos na saúde (Grundy, Holt, 2001; Dalstra *et al.*, 2006).

2.5 Evidências das Desigualdades Socioeconômicas nos Idosos

A temática sobre as desigualdades socioeconômicas tem sido alvo de estudo desde há vários anos e na última década tem proliferado o interesse na investigação desta temática na população idosa (Dalstra *et al.*, 2006), dada a sua crescente e esperada expressão demográfica (INE, 2014). O conhecimento acumulado revela certezas de que os mais pobres em todo o Mundo, têm a saúde mais precária e procura estimular intervenções e políticas tanto a nível da saúde como socioeconómico (OMS, 2010).

Os estudos debruçam-se sobre a influência da PSE em diferentes resultados de saúde: na mortalidade (Marmot, Shipley, 1996; Huisman *et al.*, 2004; Huisman *et al.*, 2005; Menvielle *et al.*, 2010); na morbilidade (Huisman; Kunst; Mackenbach, 2003); em medidas de saúde subjetivas, como a auto-avaliação da saúde (Grundy, Sloggett, 2003; Huisman, Kunst, Mackenbach, 2003; Dalstra *et al.*, 2006; Tsimbos, 2010; Pirani, Salvini, 2012; Tubeuf, Jusot, 2011) e resultam na evidência de que existem desigualdades socioeconômicas em saúde nos idosos.

Marmot e Shipley (1996), investigaram as desigualdades socioeconômicas em funcionários públicos, em Inglaterra, com base num dos estudos longitudinais pioneiros neste campo de investigação, o Whitehall I. Os autores avaliaram o risco de morte associado a medidas de PSE laboral (ocupação) e não laboral (posse de carro) antes e depois da idade da reforma, concluindo que as desigualdades socioeconômicas na mortalidade persistem após a reforma, pelo menos até aos 89 anos e em magnitude aumentam com a idade.

Um estudo de Grundy e Sloggett (2003), em Inglaterra, com indivíduos idosos entre os 65 e os 84 anos, associou variáveis representativas de capital pessoal (educação e altura), recursos sociais (estado civil e apoio social de família e amigos) e recursos socioeconómicos (posse de habitação e benefícios de apoio financeiro). De acordo com as evidências encontradas, verificou-se que os beneficiários de apoio financeiro (um marcador de pobreza) têm maior probabilidade de reportar má saúde; os recursos sociais, isto é, o estado civil e o apoio social tiveram o maior efeito no indicador de saúde psicológica e contribuíram significativamente para a variação nas diferenças encontradas na saúde auto-reportada, dando ênfase à necessidade de considerar tanto as influências de fatores socioeconómicos como sociopsicológicos para avaliar as desigualdades na idade idosa.

Um estudo de Huisman, Kunst e Mackenbach (2003), procurou investigar a existência de desigualdades socioeconómicas na morbilidade dos indivíduos a partir dos 60 anos, em vários países da Europa. Os autores utilizaram a associação de dois indicadores de PSE (nível de educação e rendimento líquido do agregado familiar) e encontraram desigualdades socioeconómicas na morbilidade em todos os países estudados e em todos os grupos etários. As diferenças em função do rendimento persistiram na idade idosa mais avançada para os homens mas não para as mulheres. Relativamente à educação, as desigualdades diminuíram com a idade para as mulheres, sendo o padrão para os homens mais ambíguo, não podendo ser concluído que diminuam com a idade. De uma forma geral, concluíram que as desigualdades socioeconómicas na morbilidade dos idosos, em função do rendimento e da educação, persistem com o avançar da idade, havendo uma redução para as mulheres e nem sempre para os homens.

Num estudo comparativo de vários países da Europa, com indivíduos entre os 30 e os 90 ou mais anos, Huisman *et al.* (2004) concluíram que as desigualdades socioeconómicas, em função da educação e da posse de habitação, persistem na idade idosa.

Um estudo de Buckley *et al.* (2004) de carácter longitudinal (com três anos de seguimento), com indivíduos a partir dos 50 anos, no Canadá, demonstrou que existe não só uma associação entre educação e rendimento e o estado de saúde mas também que existe uma relação causal que se move dos indicadores de PSE para a saúde, isto é, são os fatores socioeconómicos que influenciam a saúde e não o contrário. Os autores concluíram que, para as pessoas que inicialmente tinham boa saúde, a probabilidade de permanecer com boa saúde nos dois anos seguintes é maior para aqueles com maior rendimento, tanto para homens como para mulheres. Um padrão semelhante foi encontrado para o nível de educação, sendo as diferenças ainda mais marcadas.

Um estudo de Huisman *et al.* (2005), sobre a influência da educação na mortalidade em indivíduos a partir dos 45 anos, em vários países da Europa, demonstrou que as desigualdades socioeconómicas na mortalidade em função da educação persistem na idade idosa, tanto para homens como para mulheres.

Uma investigação de Dalstra *et al.* (2006), que comparou vários países da Europa, com indivíduos entre os 60 e os 79 anos, utilizou a educação, o rendimento e a posse de habitação como indicadores de PSE para avaliação das desigualdades socioeconómicas. De uma forma geral, os autores constataram maior prevalência de pior saúde nos grupos

educacionais e com rendimento mais baixos e para os que alugavam casa, isto é, não possuíam habitação.

Num estudo de Menvielle *et al.* (2010) que investigou a existência de desigualdades socioeconómicas na mortalidade, em função da educação, em indivíduos a partir dos 45 anos, em França, demonstrou que as desigualdades socioeconómicas persistem na idade idosa.

Um estudo de Tsimbos (2010), com intuito de comparação entre vários países da Europa, em indivíduos a partir dos 50 anos, procurou verificar a influência da educação, do rendimento e da riqueza na saúde. Os autores concluíram que, de uma forma geral, os idosos com o nível de educação mais baixo têm maior prevalência de má saúde; as mulheres reportam pior saúde que os homens, independentemente do nível de educação e uma melhor PSE tem um melhor efeito na saúde, nomeadamente na saúde auto-reportada.

O estudo de Pirani e Salvini (2012), em Itália, com indivíduos a partir dos 65 anos investigou a influência da educação, de uma medida subjetiva de recursos financeiros, de condições de habitação, de estilos de vida (através do índice de massa corporal) e do apoio social na saúde. Os autores verificaram a existência de desigualdades socioeconómicas e que, de uma forma geral, estas aumentam com a idade. Verificaram, também, que os indivíduos que relataram insatisfação com a situação económica e piores condições de habitação têm uma maior probabilidade de reportar pior estado de saúde e que os que tinham um nível educacional mais elevado têm maior probabilidade de reportar melhor estado de saúde. Concluíram ainda que, ter uma rede de apoio social (ter alguém com quem contar) está inversamente associado à perceção de má saúde e que existe uma maior propensão para as mulheres reportarem pior estado de saúde.

Tubeuf e Jusot (2011), numa comparação entre vários países da Europa, com indivíduos a partir dos 50 anos, procuraram determinar o papel da PSE atual e das circunstâncias da infância na saúde dos idosos. Os resultados encontrados evidenciaram que a contribuição das circunstâncias da infância nas desigualdades socioeconómicas em saúde nos idosos são, em muitos países, mais importantes do que os indicadores de PSE individuais atuais, como a ocupação ou a educação. Para além disso, os autores concluíram que, para todos os países estudados, a saúde aumentava com a riqueza e piorava com o avançar da idade, os indivíduos com melhor ocupação e educação tinham melhor saúde, quando comparados com indivíduos com ocupações e níveis de educação

mais baixos; para a maioria dos países estudados, os homens tendiam a ter melhor saúde que as mulheres.

Estudos nacionais comprovam a existência de desigualdades na saúde, apontando que, a saúde da população socioeconomicamente desfavorecida difere da saúde da generalidade da população e que um dos grupos em maior risco são os idosos que vivem na pobreza (Santana, 2002).

Silva (cit. por Santana, 2000) mostrou que os idosos que vivem com melhores condições de habitação são mais saudáveis, utilizam os serviços de saúde com maior regularidade e têm uma maior probabilidade de consultar um médico para problemas de saúde graves em comparação com os idosos que vivem com más condições de habitação.

Segundo Santana (2002) a população portuguesa que vive em áreas rurais é socialmente menos favorecida, não só pela sua maior proporção de idosos mas também pela proporção de pessoas idosas que vive sozinha e pela parca diversificação da rede de serviços de saúde presente, contribuindo para a existência de desigualdades socioeconómicas regionais na saúde dos idosos.

A evidência de estudos de carácter comparativo entre países da Europa, demonstrou a existência de desigualdades socioeconómicas, também, para a realidade portuguesa (Huisman, Kunst, Mackenbach, 2003; Mackenbach *et al.*, 2008).

Em suma, a literatura aponta para a existência de desigualdades socioeconómicas na saúde dos idosos, fenómeno transversal a muitos países, não sendo Portugal uma exceção. A presença de desigualdades socioeconómicas deixa os idosos menos favorecidos em maior risco de saúde e por isso numa posição em que ter uma maior longevidade pode não ser significado de viver esses anos com melhor qualidade de vida. Deste modo, a investigação desta área temática procura uma melhoria da saúde, identificando os fatores que de natureza evitável contribuem para a depreciação do estado de saúde de uma população já vulnerável por critérios de ordem biológica.

III. OBJETIVOS DO ESTUDO

3.1 Problemática de Investigação

O envelhecimento demográfico é um dos fenómenos de alcance mundial a que se assiste no mundo moderno. Em Portugal, as tendências demográficas refletem este fenómeno (INE, 2014): a proporção de jovens (população com menos de 15 anos) recuou para 15% e a dos idosos (população com 65 ou mais anos) cresceu para 19% entre os censos de 2001 e 2011; o índice de envelhecimento da população tem vindo a aumentar, em 2011 era de 128 e em 2013 de 136 idosos por cada 100 jovens. Segundo as projeções demográficas o envelhecimento não só se perpetuará, como os cenários serão bastante acentuados: a população residente em Portugal com menos de 15 anos irá diminuir entre 9 a 13% até 2060, enquanto que a população com 65 ou mais anos irá aumentar entre 35 a 43%; o índice de envelhecimento poderá vir a atingir os 464 idosos por cada 100 jovens.

Apesar da clara evidência de que a população está a viver mais, pouco se sabe quanto à qualidade de vida e à forma como os fatores socioeconómicos influenciam a saúde e a sua qualidade nos idosos (OMS, 2012 b). As características genéticas e individuais explicam uma variabilidade intrínseca na saúde das pessoas, porém, as diferenças biológicas distinguem-se daquelas causadas de forma sistemática, socialmente produzida e injusta (Whitehead; Dahlgren, 2006).

As desigualdades em saúde têm vindo a crescer em todos os países desenvolvidos, como é também disso reflexo a realidade portuguesa (Santana, 2002). As populações mais idosas experienciam um vasto leque de problemas de saúde em concomitância com o impacto do processo de envelhecimento. O peso do envelhecimento não se encontra, todavia, distribuído de forma equitativa. Os que vivem com menos recursos, sozinhos e em áreas rurais (pela falta de acesso aos serviços de saúde) encontram-se em maior risco de ter pior saúde (Santana, 2000; Santana, 2002).

A população portuguesa, no geral, a par de outras, tem na atualidade a maior esperança de vida de sempre, todavia, dadas as desigualdades sociais, este facto é menos significativo entre a população desfavorecida (Santana, 2002). Perceber que desigualdades socioeconómicas estão presentes na população idosa em Portugal permite não só mitigar as desigualdades neste grupo populacional mas também prevenir

possíveis fontes de desigualdade nas gerações idosas do futuro. Concomitantemente, perceber de que forma as desigualdades socioeconómicas variam ao longo do processo de envelhecimento, ou seja, se estas se mantêm, aumentam ou diminuem com o avançar da idade, permite identificar que grupo dentro dos idosos está em maior risco de saúde. Esta compreensão mais detalhada do problema permite selecionar estratégias de ação mais direcionadas, aumentando a sua eficácia. Estudar a população idosa permite uma visão mais ampla das medidas que podem ser implementadas para melhorar a saúde e qualidade de vida dos idosos de hoje. A par disso, o conhecimento sobre a influência dos fatores socioeconómicos na saúde dos idosos da atualidade possibilita agir de forma preventiva nas populações mais jovens melhorando, assim, a saúde das futuras gerações idosas.

Após uma revisão do estado da arte, não é do nosso conhecimento a existência de estudos para a população portuguesa no que concerne às desigualdades socioeconómicas em saúde na população idosa, sendo um forte fator de motivação a realização deste trabalho de investigação.

3.2 Pergunta de Investigação

Apresentada a problemática de investigação, o estudo desenvolver-se-á sobre duas perguntas de investigação:

- Será que existem desigualdades socioeconómicas em saúde nos idosos, em Portugal?
- Será que as desigualdades socioeconómicas em saúde nos idosos, em Portugal, se mantêm, aumentam ou diminuem com a idade?

3.3 Objetivo Geral

De acordo com o estado da arte, a par de outras realidades, é expectável a existência de desigualdades socioeconómicas na saúde da população idosa de Portugal. Deste modo, para este estudo, elaboram-se os seguintes objetivos gerais:

- Avaliar a existência de desigualdades socioeconómicas em saúde nos idosos;
- Compreender se as desigualdades socioeconómicas em saúde nos idosos, se mantêm, aumentam ou diminuem com a idade.

3.4 Objetivos Específicos

Tendo em consideração a literatura consultada, e de acordo com os objetivos gerais traçados, foram selecionadas variáveis de estado de saúde e uma variável de posição socioeconómica (nível de educação). Desta forma, particulariza-se o caminho de investigação, delineando os seguintes objetivos específicos:

- Verificar em que medida o nível de educação influencia o estado de saúde dos idosos em Portugal;
- Determinar, de acordo com o nível de educação, que idosos estão em maior risco de ter pior estado de saúde;
- Determinar se as desigualdades socioeconómicas em saúde nos idosos se mantêm, aumentam ou diminuem, demonstrando a influência do nível de educação no estado de saúde ao longo do ciclo de vida, mediante uma estratificação da amostra por grupos etários.

IV. METODOLOGIA DO ESTUDO

4.1 Recolha de dados

Este estudo é baseado no *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*, criado em 2004 de forma a analisar o processo de envelhecimento na Europa. O projeto multinacional é constituído por várias vagas de inquérito, tendo Portugal sido incluído em 2010-2011, correspondendo à quarta vaga. O questionário reúne informação sobre características pessoais, saúde, estatuto socioeconómico e redes sociais e familiares da população não institucionalizada com 50 e mais anos de idade.

O projeto em Portugal engloba todos os residentes que falam português, com 50 e mais anos e os seus cônjuges ou companheiros (independentemente da idade). Como base de amostragem considerou-se o registo de indivíduos nascidos até 1960, inclusive, utentes do Sistema Nacional de Saúde. Baseado em amostragem probabilística, os dados considerados no SHARE são representativos da população portuguesa. Para mais informação consultar o sítio oficial do SHARE: <http://www.share-project.org.pt/index.php>.

4.2 Amostra

Foram seleccionados todos os indivíduos considerados na amostra do Projeto SHARE em Portugal com 50 e mais anos, retirando todos os indivíduos com menos de 50 anos (cônjuges). A dimensão da amostra é de 2017 indivíduos.

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE) (2002:189), “qualquer limite cronológico para definir as pessoas idosas é sempre arbitrário e dificilmente traduz a dimensão biológica, física e psicológica da evolução do ser humano”. No entanto, para uma melhor comparação da investigação sobre o envelhecimento, a delimitação é imprescindível. Neste estudo atribui-se a denominação de “idosos” à amostra considerada.

4.3 Tipo de estudo

Este trabalho de investigação utiliza o inquérito por questionário como instrumento de colheita de dados, sendo considerado um estudo quantitativo, uma vez que, da interrogação de um determinado número de indivíduos se tem em vista a generalização (Ghiglione; Matalon, 1997); descritivo, visto procurar descrever um fenómeno, estabelecendo associações entre variáveis (Aguiar, 2007); observacional, tendo por base uma técnica de observação não participante (Almeida; Pinto, 1975); e transversal, uma vez que a observação dos indivíduos é efetuada num único momento temporal (Aguiar, 2007).

O estudo baseia-se em dados secundários, isto é, dados disponibilizados por uma entidade, permitindo uma investigação com acesso a dados macrossociais e não colhidos pelo próprio investigador (Quivy; Campenhoudt, 1998).

4.4 Variáveis do estudo

Da pluralidade de variáveis que constituem a base de dados para a população idosa portuguesa do SHARE, foram selecionadas apenas aquelas que contribuem para dar resposta aos objetivos formulados. Deste modo para o estado de saúde, selecionaram-se cinco medidas: “Problemas de saúde”, “Saúde auto-reportada”, “Doenças de longa duração” e “Atividade limitada”, que se constituem como variáveis dependentes e uma medida de posição socioeconómica “Nível de Educação” que se constitui como variável independente. Entende-se por variável independente aquela que, por hipótese, pode influenciar os resultados e por variável dependente o resultado determinado pela exposição à variável independente (Aguiar, 2007).

4.4.1 Variáveis de Estado de Saúde

Variável Problemas de saúde

Considera-se a variável “Problemas de saúde” como qualitativa, uma vez que, a sua “escala de medida apenas indica a sua presença em categorias (...) e não é possível estabelecer qualquer tipo de qualificação ou ordenação” (Marôco:23, 2010).

Esta refere-se a um conjunto de problemas de saúde sendo avaliada no SHARE através da seguinte questão:

Alguma vez o médico lhe disse que tinha/teve/actualmente (tem?) algum dos problemas de saúde referidos neste cartão? (Com isto queremos dizer se algum médico lhe disse que tem este problema de saúde, e se actualmente está a ser tratado ou (a) se está limitado por este problema.) Indique o número ou os números desses problemas de saúde.

- 1. Um ataque de coração, incluindo enfarte do miocárdio ou trombose coronária, ou qualquer outro problema cardíaco, incluindo insuficiência cardíaca congestiva*
- 2. Tensão arterial elevada ou hipertensão*
- 3. Nível elevado de colesterol no sangue*
- 4. Uma trombose ou um acidente vascular cerebral (AVC)*
- 5. Diabetes ou nível elevado de açúcar no sangue*
- 6. Doença pulmonar crónica, tal como bronquite crónica ou enfisema pulmonar*
- 8. Artrite, incluindo artrose ou reumatismo*
- 10. Cancro ou tumor maligno, incluindo leucemia ou linfoma, mas excluindo cancros de pele de reduzida gravidade*
- 11. Úlcera gástrica, duodenal ou péptica*
- 12. Doença de Parkinson*
- 13. Cataratas*
- 14. Fractura da bacia ou do fémur*
- 15. Outras fracturas*
- 16. Doença de Alzheimer, demência, síndrome cerebral orgânica, senilidade ou qualquer outra perturbação grave da memória*
- 96. Nenhum*
- 97. Outros problemas de saúde não mencionados*

Após consideração de todos os problemas de saúde e correspondentes prevalências, foram eliminadas aqueles com menos de 5%, visto o número de casos ser reduzido na amostra. Os problemas de saúde com maior expressão foram, então, recodificadas em variáveis *dummy*, isto é, “onde 0 significa a ausência do atributo e 1 significa a presença do atributo” (Marôco:91, 2010), considerando-se apenas os indivíduos que, efetivamente, reportaram os problemas de saúde acima descritos.

A inclusão desta variável no estudo permite não só uma caracterização do perfil de saúde da população idosa em estudo mas também a compreensão da relação entre os problemas de saúde com maior prevalência e a posição socioeconómica.

Variável Saúde Auto-Reportada

A variável “Saúde auto-reportada” consiste numa variável qualitativa ordinal, uma vez que, “é possível definir uma determinada ordem, segundo uma relação descritível mas não quantificável” (Marôco, 2010:23). A saúde auto-reportada refere-se à avaliação do estado de saúde pelo próprio indivíduo, sendo questionada no SHARE da seguinte forma:

Diria que a sua saúde é...

1. *Excelente*
2. *Muito boa*
3. *Boa*
4. *Razoável*
5. *Má*

No SHARE, a saúde auto-reportada é avaliada através de uma escala de cinco categorias. Neste estudo foi, para uma primeira análise, recodificada em quatro categorias, agregando-se as posições “excelente” e “muito boa”, resultando assim: 1-Excelente, 2-Boa, 3-Razoável e 4-Má. Agregaram-se posições próximas, permitindo uma maior facilidade na interpretação dos dados e a criação de categorias com um número suficientemente elevado de observações. Posteriormente, recodificou-se esta variável em “Má saúde auto-reportada”. Os indivíduos que se posicionaram em “excelente”, “boa” e “razoável”, foram codificados como 0 e os que responderam “má” foram codificados como 1, resultando assim numa variável *dummy*, presença ou ausência de má saúde auto-reportada. Considerando-se os indivíduos que reportam má saúde, enfatiza-se a relação entre estado de saúde e posição socioeconómica, uma vez que, são estes os indivíduos com maior potencial de risco de saúde, dando assim mais expressão à temática em estudo.

A saúde auto-reportada é objeto de medida em vários estudos de saúde (Grundy, Holt, 2001; Tubeuf, Jusot, 2011; Buckley *et al.*, 2004), por mostrar ser uma medida preditiva de mortalidade e morbilidade que contribui para uma avaliação global da saúde do

indivíduo de forma que nenhum outro indicador é capaz (Idler; Benyamini, 1997). Contudo, tem limitações, como o facto de ser uma medida subjetiva de saúde, dependente da interpretação do indivíduo quanto à sua situação de saúde e por sofrer um viés na escala de referência utilizada pelo indivíduo aquando da sua auto-avaliação (Groot, 2000).

Variável Doenças de Longa Duração

A variável “Doenças de longa duração” é uma variável qualitativa nominal, considerada no SHARE através da questão:

Algumas pessoas sofrem de problemas de saúde crónicos ou de longa duração. Por longa duração entendemos que o(a) incomodou ou que provavelmente o(a) afectou durante um período de tempo. Tem problemas de saúde, doenças, incapacidade ou enfermidades de longa duração?

1. Sim

5. Não

Esta variável foi, posteriormente, recodificada focando apenas os indivíduos que reportam problemas de saúde de longa duração, estando por isso o seu estado de saúde mais afetado.

O peso dos problemas de saúde de longa duração evidencia-se a partir dos 45 anos, aumentando com a idade sendo, também, a partir desta idade que se verifica a presença de dois ou mais problemas de saúde (INE, 2012). As doenças de longa duração podem afetar a qualidade de vida do indivíduo das mais diversas formas devido ao seu carácter contínuo e permanente num determinado período de tempo, considerando-se importante para avaliação do estado de saúde dos inquiridos. Nesta questão estão, também, incluídas as doenças do foro da saúde mental.

Variável Atividade limitada

A variável “Atividade Limitada” é uma variável qualitativa ordinal, avaliada no SHARE pela seguinte questão:

Durante, pelo menos, os últimos seis meses, em que medida se sentiu limitado devido a algum problema de saúde ao realizar actividades que as pessoas fazem com frequência?

1. Muito limitado

2. Limitado, mas não muito

3. Não limitado

Numa primeira análise consideraram-se as três categorias desta variável. Posteriormente, através de uma recodificação, foram agregadas, numa só categoria, as opções “Limitada, mas não muito” e “Não limitada”, dando origem a uma variável *dummy* 1-Muito limitada 0-Não limitada, considerando-se para análise apenas a presença de atividade limitada.

Segundo o INE (2012), tendo em consideração o perfil demográfico da população portuguesa, a caracterização da incapacidade funcional da população idosa assume particular importância, uma vez que, a proporção da população com pelo menos uma dificuldade na realização das atividades diárias aumenta com a idade, acentuando-se nos idosos. Optou-se por incluir esta medida no estudo, visto evidenciar a degradação do estado de saúde e a identificar os indivíduos em risco de dependência nas atividades de vida do dia-a-dia (Matthews *et al.*, 2005).

4.4.2 Variável de Posição Socioeconómica

Nível de educação

Considera-se a variável “Nível de Educação”, como qualitativa ordinal, avaliada no SHARE através da seguinte questão:

Qual o nível de escolaridade mais elevado que completou?

1. Ensino Básico - 1º Ciclo

2. Ensino Básico - 2º Ciclo

3. Ensino Básico - 3º Ciclo

4. Ensino Secundário

5. Ensino Pós-Secundário

6. Ensino Superior – Bacharelato

7. Ensino Superior – Licenciatura

8. *Ensino Superior – Mestrado*

9. *Ensino Superior – Doutoramento*

95. *Ainda não completou nenhum nível de ensino / a estudar*

96. *Nenhum*

97. *Outro (inclui diploma obtido no estrangeiro)*

O SHARE utiliza a Classificação Internacional Normalizada da Educação de 1997, sendo as questões relativas à educação harmonizadas consoante cada país com base nesta classificação (SHARE, 2011). Esta escala descrimina múltiplos estratos desde o Nível 0 - Educação primária até ao Nível 6 - Formação superior avançada (Doutoramento).

Esta variável foi recodificada, de forma a possibilitar uma comparação mais simples entre categorias mais amplas, com um número mais elevado de observações (sem educação, educação baixa, média ou elevada), originando uma classificação em quatro níveis:

- 0 - Nenhuma educação (agregando as categorias “Nenhum” ou “Ainda não completou nenhum nível de ensino/a estudar”);
- 1 - 1º Ciclo (correspondente à categoria Ensino Básico - 1º Ciclo);
- 2 - 2º e 3º Ciclos (agregando as categorias “Ensino Básico - 2º Ciclo” e “Ensino Básico - 3º Ciclo”);
- 3 - Secundário, Pós secundário e Bacharelato (agregando as categorias “Ensino Secundário”, “Ensino Pós-Secundário” e “Ensino Superior – Bacharelato”);
- 4 - Licenciatura ou mais (agregando as categorias “Ensino Superior – Licenciatura”, “Ensino Superior – Mestrado” e “Ensino Superior – Doutoramento”).

Existem vários indicadores de posição socioeconómica que são habitualmente utilizados na literatura, tais como: rendimento (van Doorslaer; Koolman, 2004) e riqueza (Allin; Masseria; Mossialos, 2009), no entanto, para a população idosa levantam-se alguns problemas, visto ser uma idade que reflete um acumular de vários momentos do ciclo de vida. Segundo Maurer (2006) o rendimento, uma das medidas amplamente utilizadas, pode representar um fraco indicador no que respeita à população idosa, uma vez que, apenas uma porção da população tem rendimento com o seu trabalho; a riqueza, embora possa ser um melhor indicador para a população idosa do que o rendimento (Allin;

Masseria; Mossialos, 2009) partilha de um mesmo impedimento que o rendimento, a dificuldade em obter informação fidedigna nos inquéritos (Maurer, 2006). De acordo com Grundy e Holt (2001) a educação ou classe social em conjunto com um indicador de privação consiste na melhor combinação de variáveis para investigar as desigualdades socioeconómicas na população idosa. A classe social derivada da ocupação atual ou última ocupação consiste num indicador fácil de recolher nos inquéritos, todavia, por ser uma medida socioeconómica laboral, não pode ser utilizado quando os indivíduos não estão empregados, limitando o seu uso em populações idosas, pela maior probabilidade de indivíduos já reformados (Galobardes *et al.*, 2006; Grundy, Holt, 2001).

Neste estudo optámos por seleccionar apenas um indicador de posição socioeconómica, o nível de educação. A escolha prende-se com o facto desta ser uma variável fácil de obter num inquérito e ser reconhecida a sua correlação com medidas financeiras e não financeiras da posição socioeconómica (Maurer, 2006). Também, questões relacionadas com problemas de causalidade inversa são minimizados, visto o nível de educação estabelecer-se numa fase prematura da vida adulta (Grundy, Holt, 2001; Buckley *et al.*, 2004), ao contrário de outras variáveis como por exemplo, o rendimento ou a riqueza. De salientar, ainda, que a escolha recaiu sobre o nível de educação visto que, ao ser considerada uma população com uma vasta idade (desde os 50 até aos 97 anos) consiste num indicador independente da situação laboral dos indivíduos, ao contrário de outros indicadores como, por exemplo, o rendimento ou a ocupação.

4.4.3 Variáveis Demográficas

As variáveis independentes sexo e idade são fatores genéticos que influenciam tanto a saúde como a posição socioeconómica, passíveis de causar um viés nos resultados de uma investigação, sendo por isso denominadas por variáveis de confundimento. Numa investigação “quando não existe possibilidade de controlo da interferência de eventuais fatores de confundimento, recorre-se a métodos analíticos para controlar os efeitos das variáveis de confundimento” (Aguiar, 2007:68).

A variável idade sofreu uma recodificação para grupo etário, de forma a avaliar a influência do nível de educação ao longo do ciclo de vida, e assim determinar se as desigualdades socioeconómicas se mantêm, aumentam ou diminuem com a idade. A

divisão em três grupos etários: 50 aos 65 anos, 66 aos 79 anos e 80 e mais anos, permite diferenciar os mais jovens, dos idosos, dos muito idosos. Deste modo, no primeiro grupo encontram-se os indivíduos em idade pré reforma, no segundo grupo indivíduos em idade pós reforma e no terceiro grupo os indivíduos com idade mais avançada. Atualmente a idade de reforma em Portugal é a partir dos 66 anos, de acordo com o *Dec. Lei nº 167-E/2013 de 31 de Dezembro*. A divisão da amostra em apenas três grupos permite uma menor dispersão dos resultados e facilita a comparação entre grupos.

4.5 Delineamento do estudo

Numa primeira análise foi realizada uma caracterização da amostra, recorrendo a uma análise estatística descritiva. Para a variável quantitativa (idade) foram determinadas medidas de tendência central, média e desvio padrão e para as variáveis qualitativas (sexo, estado civil, problemas de saúde, saúde auto-reportada, doenças de longa duração, atividade limitada e nível de educação) foram determinadas contagens e respetivas frequências.

De forma a dar resposta aos objetivos de investigação, analisou-se a associação entre o nível de educação e o estado de saúde, utilizando uma técnica de estatística inferencial, o teste do Qui-quadrado. Este teste serve para comparar dois ou mais grupos face a uma variável qualitativa (neste estudo a variável “Nível de educação”), de modo a concluir se as diferenças são estatisticamente significativas (Aguiar, 2007). Para esta análise estatísticas foram utilizadas tabelas bivariáveis de cruzamento – *Crosstabs*.

De seguida, analisou-se a associação entre o nível de educação e o estado de saúde através do modelo de regressão logística multivariada. Esta análise tem como objetivo mostrar de que modo diversas variáveis independentes influenciam em simultâneo a variável dependente, após controlo de variáveis de confundimento (Aguiar, 2007). Neste estudo, elaborou-se uma associação entre a variável independente “Nível de educação” e as variáveis dependentes que constituem o indicador “Estado de saúde”, com valores ajustados pelas variáveis de confundimento “Sexo” e “Idade”. A magnitude das associações é medida por cálculo do valor exponencial dos coeficientes de regressão, resultando deste cálculo os *Odds Ratio* (OR) ajustados entre si (Aguiar, 2007). Assim, o OR representa o risco de ter pior estado de saúde (por ter um

determinado problema de saúde, reportar má saúde, ter doenças de longa duração ou atividade limitada), em função do nível de educação. Foram, ainda, realizadas regressões logísticas para a análise da associação entre o nível de educação e o estado de saúde, por grupo etário.

4.6 Tratamento de dados

A análise estatística dos dados do SHARE, foi elaborada com recurso à utilização do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), na versão 21. Desenvolvido para manipulação, análise e apresentação de resultados de análise de dados é o *software* de utilização predominante nas Ciências Sociais e Humanas (Marôco, 2010).

V. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

5.1 Caracterização da Amostra

Tabela 1 - Caracterização da amostra (n=2017).

VARIÁVEL	CATEGORIAS	DISTRIBUIÇÃO
Demográfica		
Sexo	Homens	44,1%
	Mulheres	55,9%
Idade		Média= 65,2 Desvio padrão=9,6
Estado civil	Casado (a viver com o cônjuge)	74,8%
	Relação de facto	2,7%
	Casado (a viver sem o cônjuge)	1,8%
	Solteiro	3,9%
	Divorciado	4,5%
	Viúvo	12,4%
Estado de saúde		
Problemas de saúde	EAM ¹	10,9%
	Hipertensão Arterial	42,7%
	Hipercolesterolémia	37,7%
	Acidente Vascular Cerebral	5,1%
	Diabetes	18,8%
	Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica	5,6%
	Asma	0%
	Artrite	29,3%
	Osteoporose	0%
	Cancro	5,5%
	Úlcera gástrica, duodenal ou péptica	7,9%
	Doença de Parkinson	0,6%
	Cataratas	8,6%
	Fratura da bacia ou do fémur	2,7%
	Doença de Alzheimer, demência ou senilidade	1,6%
Saúde auto-reportada	Excelente	10%
	Boa	27,8%
	Razoável	42,7%
	Má	19,1%
Doenças de longa duração	Sim	46,4%
	Não	53,4%
Atividade limitada	Muito limitada	16,8%
	Limitada mas não muito	32,5%
	Não limitada	50,3%
Posição Socioeconómica		
Nível de Educação	Nenhum	8,5%
	1º Ciclo	49,8%
	2º e 3º Ciclos	21,2%
	Secundário, Pós secundário e Bacharelato	12,3%
	Licenciatura ou mais	8,2%

Legenda: ¹Enfarte Agudo do Miocárdio ou qualquer outro problema cardíaco, incluindo Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC).

De acordo com a Tabela 1, 55,9% da amostra selecionada é do sexo feminino e 44,1% do sexo masculino, sendo a média das idades 65,2 anos. Existe um predomínio do estado civil casado (a viver com o cônjuge), contando com 74,8%, da amostra.

Do ponto de vista do estado de saúde, observa-se que os problemas de saúde mais prevalentes são: Hipertensão Arterial (42,7%), Hipercolesterolémia (37,7%) e Artrite (29,3%), seguidas da Diabetes (18,8%) e do EAM (10,9%), tendo os restantes problemas de saúde prevalências inferiores a 10%. No auto-reporte da saúde, a maioria dos indivíduos posiciona-se na categoria "Razoável" com 42,7% e apenas 10% como "Excelente". 46,4% da amostra refere a presença de doenças de longa duração, situação relativamente equilibrada com 53,4% que refere não ter estes problemas de saúde. Verifica-se, ainda, que cerca de metade da amostra reporta algum grau de limitação na realização de atividades de vida diárias (49,3%), e desta 16,8% refere ter uma atividade muito limitada.

No que respeita à componente socioeconómica a maioria da amostra tem um nível de educação baixo - 49,8% o "1º Ciclo do Ensino Básico" e 21,2% o "2º ou 3º Ciclo do Ensino Básico", 12,3% completaram um nível de ensino médio – "Secundário, Pós secundário ou Bacharelato" e 8,2% possuem um nível de ensino elevado – "Licenciatura ou mais". Da amostra 8,5% refere não ter completado qualquer nível de educação.

5.3 Análise univariada das desigualdades socioeconómicas em saúde nos idosos

Tabela 2 - Associação entre nível de educação e estado de saúde: análise univariada.

NÍVEL DE EDUCAÇÃO						
	Nenhum	1º Ciclo	2º e 3º Ciclos	Secundário, Pós secundário e Bacharelato	Licenciatura ou mais	Chi-square (p-value)
Estado de saúde - Problemas de saúde						
EAM ¹	14,6%	13,2%	7,1%	6,9%	9,8%	20 (<0,01)
HTA ²	59,6%	45,7%	36,2%	36,2%	32,9%	44 (<0,01)
Hipercolest. ³	47,4%	41,5%	29,8%	30,9%	35,4%	32 (<0,01)
AVC ⁴	11,1%	5,8%	3,1%	2,4%	4,3%	23 (<0,01)
Diabetes	22,8%	23%	13,7%	12,2%	12,2%	31 (<0,01)
DPOC ⁵	9,4%	6,6%	3,3%	4,5%	3,7%	14 (0,08)
Artrite	59,6%	34,2%	20,1%	15,4%	13,4%	150 (<0,01)
Cancro	3,5%	5,8%	3,5%	7,3%	7,3%	9 (0,32)
Úlcera ⁶	11,7%	8,9%	5,2%	5,3%	9,8%	14 (0,08)
Cataratas	18,1%	9%	5,2%	6,5%	7,9%	30 (<0,01)
Estado de saúde - Saúde auto-reportada						
Excelente	1,2%	6,7%	10,9%	18,3%	25%	292 (<0,01)
Boa	11,1%	20,6%	37,8%	41,9%	41,5%	292 (<0,01)
Razoável	47,4%	47,8%	40,9%	33,7%	26,2%	292 (<0,01)
Má	39,2%	24,8%	9,9%	6,1%	6,7%	292 (<0,01)
Estado de saúde - Doenças de longa duração						
Sim	62%	50,3%	38,3%	35,8%	43,3%	48 (<0,01)
Estado de saúde - Atividade limitada						
Muito limitada	37,4%	20,6%	9,5%	6,5%	6,7%	152 (<0,01)
Limitada mas não muito	36,8%	34,2%	32,2%	28,5%	24,4%	152 (<0,01)
Não limitada	25,1%	45%	57,9%	65%	68,3%	15 (<0,01)

Legenda: ¹Enfarte Agudo do Miocárdio ou qualquer outro problema cardíaco, incluindo ICC; ²Hipertensão Arterial; ³Hipercolesterolémia; ⁴Acidente Vascular Cerebral; ⁵Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica; ⁶Úlcera gástrica, duodenal ou péptica.

De acordo com a tabela 2, à exceção da DPOC, do Cancro e da Úlcera gástrica, duodenal ou péptica, os valores do teste do qui-quadrado demonstram a associação entre o nível de educação e a maioria dos problemas de saúde ($p\text{-value} < 0,01$), existindo diferenças significativamente estatísticas nos grupos socioeconómicos.

Os indivíduos com menor nível de educação apresentam maior prevalência dos problemas de saúde HTA (59,6%) e Artrite (59,6%), havendo um gradual decréscimo nestas percentagens com o aumento do nível de educação. Considera-se, portanto, a existência de um gradiente social em saúde. Quanto menor o nível de educação maior é a prevalência de HTA e Artrite. Também podem ser observadas diferenças estatisticamente significativas ($p\text{-value} < 0,01$) com maior prevalência nos níveis de educação inferiores na Hipercolesterolemia (com 47,4% para os indivíduos com “Nenhuma educação”), no AVC (com 11,1% para os indivíduos com “Nenhuma educação”), na Diabetes (com 23% para os indivíduos com o “1º Ciclo”) e nas Cataratas (com 18,1% para os indivíduos com “Nenhuma educação”). Todavia, para estes problemas de saúde não se constata um gradiente social.

São os indivíduos com nível de educação mais elevado que reportam melhor saúde. O grupo “Licenciatura ou mais” reporta a saúde como “Excelente” em 25% e o grupo “Secundário, Pós secundário e Bacharelato” reporta a saúde como “Boa” em 41,9%. Os indivíduos com menor nível de educação reportam pior saúde. Verifica-se maior proporção de saúde “Razoável” nos indivíduos com o “1º Ciclo” (47,8%) e maior proporção de “Má” saúde nos indivíduos com “Nenhuma educação” (39,2%).

Verifica-se maior prevalência de “Doenças de longa duração” nos indivíduos com “Nenhuma educação” (62%).

Relativamente à “Atividade limitada”, é o grupo com “Nenhuma educação” aquele que apresenta maior percentagem de limitação na atividade. 37,4% refere atividade “Muito limitada” e 36,8% refere atividade “Limitada mas não muito”, em contraste com o nível de educação mais elevado que apresenta a maior prevalência de atividade “Não limitada” (68,3%).

De acordo com o teste do qui-quadrado, existem diferenças estatisticamente significativas entre os níveis de educação e a saúde auto-reportada, doenças de longa duração e atividade limitada ($p\text{-value} < 0,01$).

5.3 Análise multivariada das desigualdades socioeconómicas em saúde nos idosos

Tabela 3 - Associação (*odds ratios*) entre nível de educação e estado de saúde, ajustando para sexo e idade: análise multivariada (1).

		NÍVEL DE EDUCAÇÃO (referência: Licenciatura ou mais)			
ESTADO DE SAÚDE		Nenhum	1º Ciclo	2º e 3º Ciclos	Secundário, Pós secundário e Bacharelato
Problemas de saúde	EAM ¹	1,1	1,2	0,7	0,7
	HTA ²	2,4**	1,6**	1,1	1,2
	Hipercolesterolemia	1,6*	1,3	0,8	0,8
	AVC ³	2,0	1,3	0,7	0,6
	Diabetes	1,8*	2,1**	1,1	1,0
	DPOC ⁴	2,5*	1,8	0,9	1,2
	Artrite	7,0**	3,1**	1,6*	1,2
	Cancro	0,4*	0,7	0,5*	1,0
	Úlcera ⁵	1,2	0,9	0,5**	0,5*
	Cataratas	1,1	0,9	0,6	0,7

Legenda: ***p-value*<0,05; **p-value*<0,10.

¹Enfarte Agudo do Miocárdio ou qualquer outro problema cardíaco, incluindo ICC; ²Hipertensão Arterial;

³Acidente Vascular Cerebral; ⁴Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica; ⁵Úlcera gástrica, duodenal ou péptica.

Pela análise da tabela 3, verifica-se que, existem diferenças estatisticamente significativas (*p-value* <0,05 ou *p-value* <0,10), para os problemas de saúde HTA, Hipercolesterolemia, Diabetes, Artrite, DPOC, Cancro e Úlcera gástrica duodenal ou péptica. De referir, contudo que, para os últimos três problemas de saúde, a análise estatística anteriormente realizada (tabela 2) demonstrou não haver associação entre as variáveis.

Ajustando pelo sexo e idade, observa-se que existem diferenças entre os grupos socioeconómicos. Os indivíduos do grupo “Nenhuma educação” têm um risco 2,4 vezes superior de ter HTA; 1,6 superior de ter Hipercolesterolemia; 7 vezes superior de ter Artrite e 1,8 superior de ter Diabetes. Também os indivíduos do grupo “1º Ciclo” têm um risco 1,6 superior de ter HTA; 3,1 vezes superior de ter Artrite e 2,1 vezes superior de ter Diabetes.

Desta forma, considera-se que, os indivíduos com níveis de educação mais baixos encontram-se em maior risco de saúde para a HTA, Hipercolesterolemia, Artrite e Diabetes, em comparação com os indivíduos com “Licenciatura ou mais”, sendo as desigualdades notoriamente acentuadas na Artrite.

Na regressão logística, os problemas de saúde EAM, AVC e Cataratas não tiveram associação estatisticamente significativa com o nível de educação.

Tabela 4 - Associação (*odds ratio*) entre nível de educação e estado de saúde, ajustando para sexo e idade: análise multivariada (2).

ESTADO DE SAÚDE	NÍVEL DE EDUCAÇÃO (referência: Licenciatura ou mais)			
	Nenhum	1º Ciclo	2º e 3º Ciclos	Secundário, Pós secundário e Bacharelato
Má saúde auto-reportada	5,5**	4,1**	1,5	0,9
Doenças de longa duração	1,6**	1,2	0,8	0,7
Atividade limitada	5,1**	3,1**	1,4	0,9

Legenda: ** $p\text{-value} < 0,05$; * $p\text{-value} < 0,10$.

Da análise da tabela 4 resultam as seguintes elações:

Ajustando pelo sexo e idade, verifica-se que existe um maior probabilidade dos indivíduos com níveis de educação mais baixos auto-reportarem “Má saúde”, em comparação com os indivíduos com nível de educação “Licenciatura ou mais”. Para os indivíduos com “Nenhuma educação” esse risco é marcadamente notório, 5,5 vezes superior e de 4,1 vezes superior para os indivíduos com o 1º Ciclo, existindo diferenças estatisticamente significativa ($p\text{-value} < 0,05$).

Ajustando pelo sexo e idade, observa-se que existe um risco acrescido de presença de “Doenças de longa duração” para todos os indivíduos com níveis de educação inferiores à “Licenciatura ou mais”. Esse risco é ligeiramente maior (1,6 superior) para os indivíduos com “Nenhuma educação”, existindo diferenças estatisticamente significativa ($p\text{-value} < 0,05$).

Ajustando pelo sexo e idade, observa-se que existe uma maior propensão de presença de “Atividade limitada” para todos os indivíduos com níveis de educação inferiores à “Licenciatura ou mais”, notoriamente para os indivíduos com “Nenhuma educação” em que o risco é superior em 5,1 vezes e para os indivíduos com o “1º Ciclo”, em que o risco é 3,1 vezes superior, existindo diferenças estatisticamente significativa ($p\text{-value} < 0,05$).

Os valores de OR, demonstram a existência de desigualdades socioeconómicas na saúde, estando os indivíduos com níveis de educação mais baixos em maior risco de reportarem má saúde, doenças de longa duração e limitação nas atividades de vida diárias.

Tabela 5 - Associação (*odds ratios*) entre nível de educação e estado de saúde, de acordo com o grupo etário, ajustando para sexo e idade: análise multivariada.

GRUPO ETÁRIO	ESTADO DE SAÚDE	NÍVEL DE EDUCAÇÃO (referência: Licenciatura ou mais)			
		Nenhum	1º Ciclo	2º e 3º Ciclos	Secundário, Pós secundário e Bacharelato
50-65 anos	Má saúde auto-reportada	10,4**	4,2**	1,5	0,9
	Doenças de longa duração	1,8	1,3	2,9	0,7
	Atividade limitada	13,8**	4,5**	1,9	1,5
66-79 anos	Má saúde auto-reportada	5,9**	4,6**	1,9	1,4
	Doenças de longa duração	1,2	1,0	0,6	0,7
	Atividade limitada	3,4**	2,7**	1,0	0,4
80+ anos	Má saúde auto-reportada	1,8	2,6	0,6	0,2
	Doenças de longa duração	4,0*	2,9	1,2	0,8
	Atividade limitada	3,1	2,1	1,1	0,8

Legenda: ***p-value*<0,05; **p-value*<0,10.

Da análise da tabela 5 resultam as seguintes elações:

Má saúde auto-reportada

Ajustando pelo sexo e idade, observa-se que existe maior risco de “Má saúde auto-reportada” no grupo “50-65 anos” e dentro deste nos indivíduos com “Nenhuma educação”, em que o risco é 10,4 vezes superior, em comparação com os indivíduos com “Licenciatura ou mais”, sendo a associação estatisticamente significativa (*p-value* <0,05). Interpreta-se que os indivíduos idosos mais jovens e com menor nível de educação estão mais expostos a auto-reportarem má saúde.

Observa-se uma diminuição gradual nos valores de OR com o aumento da idade, indicando que as desigualdades diminuem com a idade.

Doenças de longa duração

Ajustando pelo sexo e idade, observa-se que existe maior risco de “Doenças de longa duração” no grupo “80+anos” e dentro deste nos indivíduos com “Nenhuma educação”, em que o risco é 4 vezes superior, em comparação com os indivíduos com “Licenciatura ou mais”, sendo a associação estatisticamente significativa (*p-value* <0,10).

De acordo com os OR, para esta variável, as desigualdades encontram-se relativamente próximas nos grupos dos idosos jovens “50-65anos” e dos idosos “66-70anos”, aumentando no grupo dos idosos muito idosos “80+anos”, apontando que as desigualdades aumentam com a idade.

Atividade Limitada

Ajustando pelo sexo e idade, observa-se que existe maior propensão de “Atividade limitada” no grupo “50-65 anos” e dentro deste nos indivíduos com “Nenhuma educação”, em que o risco é 13,8 vezes superior em comparação com os indivíduos com “Licenciatura ou mais”, sendo a associação estatisticamente significativa ($p\text{-value} < 0,05$).

Observa-se uma diminuição gradual nos valores de OR com o aumento da idade, sugerindo que as desigualdades diminuem com a idade.

De salientar que, o nível de significância ($p\text{-value}$) é inferior para as associações entre o nível de educação e as variáveis “Má saúde auto-reportada” e “Atividade limitada”, o que permite afirmar com maior veracidade que as desigualdades socioeconómicas diminuem com a idade.

VI. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

6.1 Principais Resultados

Esta investigação procurou traçar um perfil das desigualdades em saúde, em Portugal, através do estudo da associação entre o fator socioeconómico educação e vários aspetos que refletem o estado de saúde da população idosa.

Foram realizadas análises, com base nos dados do SHARE, relativamente à associação entre o nível de educação e a presença de problemas de saúde, saúde auto-reportada, doenças de longa duração e atividade limitada e, também, sobre o perfil de evolução com a idade das desigualdades socioeconómicas na população idosa.

Os principais resultados encontrados demonstram a presença de desigualdades socioeconómicas em saúde na população idosa, em que os indivíduos com menor nível de educação estão em maior risco de reportar má saúde; maior risco de ter problemas de saúde, existindo um gradiente social em saúde na HTA e na Artrite; maior risco de ter doenças de longa duração e maior risco de ter limitação nas atividades de vida diárias. Relativamente à evolução das desigualdades socioeconómicas neste grupo populacional, os resultados apontam para a diminuição das mesmas com o avançar da idade.

6.2 Interpretação

O estudo das desigualdades socioeconómicas neste grupo populacional tem vindo a ser, cada vez mais, um foco de atenção e interesse, dada a sua notória expressão na população total. Também para Portugal o envelhecimento populacional é um fenómeno presente, uma realidade atual, motivo pelo qual se torna importante estudar de que forma a realidade socioeconómica a que os idosos estão sujeitos influencia a sua saúde, importante componente do bem-estar e realização pessoal. Apesar de termos encontrado alguns estudos de comparações internacionais sobre desigualdades socioeconómicas nos idosos, que englobavam Portugal na análise, não foram encontrados estudos semelhantes ao presente, que retratassem apenas a realidade portuguesa. Deste modo, sendo escassas as referências nacionais para a população idosa portuguesa, os resultados encontrados neste estudo serão largamente discutidos à base de literatura internacional, maioritariamente no contexto europeu.

No presente estudo verificou-se que cerca de 80% dos indivíduos têm um nível de educação baixo ou inexistente. Segundo os dados do Inquérito ao Emprego de 2001, a população idosa detém, de um modo geral, baixos níveis de instrução (INE, 2002). Este resultado é, também, compatível com a realidade da população idosa de outros países do sul da Europa, devido às condições de vida a que, principalmente, a população mais idosa esteve sujeita (Huisman, Kunst, Mackenbach, 2003; Huisman *et al.*, 2005; Dalstra *et al.*, 2006)

De acordo com o Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (2013), o envelhecimento e a adoção de estilos de vida menos saudáveis acentuam o aumento da prevalência da doença crónica, nomeadamente doenças cardiocerebrovasculares, HTA e Diabetes. Este estudo mostrou que a HTA, a Hipercolesterolemia e a Artrite, são os três problemas de saúde com maior prevalência na população idosa portuguesa.

Foram encontradas desigualdades socioeconómicas educacionais para a maior parte dos problemas de saúde, sendo que na HTA e na Artrite verifica-se um gradiente social em saúde, isto é, estes problemas de saúde estão proporcionalmente associadas a um menor nível de educação. A HTA e a Hipercolesterolemia são condições que fazem parte dos fatores de risco modificáveis associados à doença cardiovascular (Direção Geral da Saúde, 2012). As doenças cardiovasculares são importantes causas de morte na população portuguesa (Macedo *et al.*, 2007), e sabe-se que o envelhecimento (Carrilho e Patrício, 2010) e a posição socioeconómica (Menville *et al.*, 2010; Huisman *et al.*, 2005), nomeadamente o baixo nível educacional, têm uma grande influência no seu aparecimento. Também para as doenças reumáticas, nas quais se inclui a Artrite, os fatores de risco associados são o envelhecimento e o baixo nível de educação (Direção Geral da Saúde, 2004). Podemos, também, encontrar num estudo de Dalstra *et al.* (2005) que existem desigualdades socioeconómicas, em função da educação, na HTA e Artrite, no grupo dos idosos (60 aos 79 anos).

De acordo com os resultados deste estudo, a maioria dos idosos faz uma auto-avaliação do seu estado de saúde como razoável (42,7%), cerca de metade reporta a presença de doenças de longa duração (46,4%) e cerca de metade reporta algum grau de limitação na realização de atividades de vida diárias (49,3%). Segundo o Inquérito Nacional de Saúde, em 1998/1999, os idosos reportam com maior percentagem as categorias de mau e razoável, relativamente ao seu estado de saúde (INE, 2002) e, de acordo com os Censos de 2011, cerca de 50% da população idosa (65 ou mais anos) referiu ter muita dificuldade ou não conseguir realizar pelo menos uma atividade do dia-a-dia (INE, 2012).

No presente estudo observa-se que um nível de educação mais elevado está associado a um melhor estado de saúde, em correspondência com outras investigações (Grundy, Sloggett, 2003; Dalstra *et al.*, 2006, Tsimbos, 2010; Pirani, Salvini, 2012). Verifica-se uma maior prevalência de saúde auto-reportada como excelente nos indivíduos com o maior nível educacional e, por oposição, nos indivíduos sem educação verifica-se uma maior prevalência de doenças de longa duração e limitação na realização nas atividades de vida diárias. Os indivíduos com níveis educacionais mais baixos estão em maior risco de saúde, comprovando-se a existência de desigualdades socioeconómicas em favor dos educacionalmente mais favorecidos.

Na análise do perfil de evolução das desigualdades socioeconómicas, tomando em consideração as três variáveis de saúde estudadas, “Má saúde auto-reportada”, “Atividade limitada” e “Doenças de longa duração”, conclui-se que a magnitude das desigualdades socioeconómicas, em função da educação, diminui com o avançar da idade, ou seja, o impacto da educação na saúde revela-se maior no grupo dos idosos mais jovens (50 aos 65 anos) para a má saúde auto-reportada e para a atividade limitada.

As desigualdades socioeconómicas em discussão nesta investigação referem-se a desigualdades relativas, visto serem calculadas através do *odds ratio* (King; Harper; Young, 2012), considerando diferenças proporcionais na saúde entre os grupos socioeconómicos (OMS, 2013). Outros estudos que relacionam a posição socioeconómica com a mortalidade (Marmot, Shipley, 1996; Huisman *et al.*, 2004; Huisman *et al.*, 2005 e Menvielle *et al.* 2010), morbilidade (Huisman; Kunst; Mackenbach, 2003) ou incapacidade (Matthews *et al.*, 2005) concluem, também, que as desigualdades socioeconómicas relativas diminuem com a idade. Contudo, um estudo de Pirani e Salvini (2012) demonstrou que, ajustando pela presença de doenças crónicas e incapacidades, além da idade e sexo, as desigualdades socioeconómicas relativas aumentam com a idade.

As diferenças encontradas ao longo dos estudos podem ser explicadas por diversos fatores. A explicação apontada para a diminuição das desigualdades com a idade relaciona-se com o facto de que a morbilidade nos grupos socialmente desfavorecidos tende a diminuir com a idade devido ao efeito de mortalidade seletiva, prevenindo que os menos saudáveis deste grupo cheguem a idades mais avançadas (Marmot, Shipley, 1996; Merlo *et al.*, 2003; Matthews *et al.*, 2005; Menvielle *et al.*, 2010; Benzeval, Green, Leyland, 2011). Inversamente, nos grupos com maior vantagem social a morbilidade tem níveis mais expressivos em idades mais tardias (o peso da morbilidade é relativamente mais elevado em

idades mais avançadas), o que faz esbater o gradiente socioeconómico na saúde (Merlo *et al.*, 2003; Benzeval, Green, Leyland, 2011). Por outro lado, os autores referem que um período mais longo de exposição aos efeitos de experiências não saudáveis durante a vida (por exemplo, tabagismo), a acumulação de uma interação do capital económico e social desfavorecido ao longo da vida e uma crescente vulnerabilidade na idade idosa (Chandola *et al.*, 2007) poderão levar a um aumento das desigualdades relativas com o avançar da idade. Esta evidência poderá explicar, os resultados encontrados para a variável “Doenças de longa duração” que tem apenas significância estatística no grupo dos idosos mais velhos (80 e mais anos), embora com menor poder do que as variáveis “Má saúde auto-reportada” e “Atividade limitada”.

Importa, também, referir que a escolha do indicador de posição socioeconómica e do resultado de saúde, assim como o período de tempo estudado, pode levar a diferentes resultados de desigualdades socioeconómicas relativas (Masseria; Allin, 2008). A aparente falta de associação entre o nível de educação e o estado de saúde do grupo etário dos idosos mais velhos pode indicar que a educação não é a medida mais adequada para avaliar as desigualdades socioeconómicas neste grupo (Matthews *et al.*, 2005).

Segundo Masseria e Allin (2008), o padrão das desigualdades relativas relaciona-se com circunstâncias históricas e contexto social e com políticas de saúde públicas e prioridades económicas (Masseria; Allin, 2008). Os resultados do estudo, mostram que, para Portugal, em função da educação, para a reduzir o hiato social em saúde é necessário ter uma maior atenção ao grupo dos idosos mais jovens e que, de futuro, a verificar-se um aumento da educação na população idosa vindoura, se pode esperar uma diminuição das desigualdades em saúde nas idades mais precoces, pela maior homogeneidade educacional.

Se não existe uma evidência consensual sobre o que acontece às desigualdades socioeconómicas com o avançar da idade, existe contudo a evidência de que, aumentando ou diminuindo, as desigualdades socioeconómicas em saúde nos idosos são um importante problema de Saúde Pública (Huisman *et al.*, 2004).

6.3 Potenciais limitações

Para o presente estudo tivemos por base o SHARE, questionário que nos garante a representatividade da população idosa portuguesa com 50 e mais anos. Contudo, este projeto

não engloba a população institucionalizada, o que pode implicar excluir um grupo com mais problemas de saúde associados e posição socioeconómica mais baixa, principalmente no grupo dos idosos mais velhos, podendo as desigualdades socioeconómicas em saúde estar subestimadas (Huisman, Kunst, Mackenbach, 2003; Dalstra *et al.*, 2006; Tsimbos, 2010).

A exclusão da população institucionalizada pode levar, ainda, a uma subestimação da avaliação da evolução das desigualdades socioeconómicas relativas. Segundo Huisman, Kunst e Mackenbach (2003), com a inclusão da população institucionalizada as desigualdades relativas aumentaram para o grupo das mulheres, principalmente no grupo dos 80 e mais anos, concluindo que esta exclusão resulta, provavelmente, numa subestimação das desigualdades socioeconómicas na morbilidade nas mulheres idosas mais velhas e de alguma forma nas mulheres idosas mais jovens (60-79 anos) e nos homens.

Uma outra limitação metodológica que realçamos no presente estudo relaciona-se com a escolha dos indicadores. Para avaliar o estado de saúde foram selecionadas quatro variáveis – “Problemas de saúde”, “Saúde auto-reportada”, “Doenças de longa duração” e “Atividade limitada”. A variável saúde auto-reportada considera-se subjetiva, estando as outras três medidas dependentes do reporte do inquirido e não do médico/consulta do processo de saúde ou medição pelo inquiridor. Ainda assim, são variáveis com poder preditivo, uma vez que, as medidas subjetivas de saúde providenciam indicadores holísticos de saúde no sentido do bem-estar (Idler; Benyamini, 1997), sendo utilizadas numa ampla variedade de estudos (Huisman, Kunst, Mackenbach, 2003; Grundy, Sloggett, 2003; Matthews *et al.*, 2005; Dalstra *et al.*, 2006; Tubeuf, Jusot, 2011; Pirani, Salvini, 2012).

Para avaliar a posição socioeconómica foi escolhido o indicador “Nível de educação”. A abordagem ao considerar apenas um indicador de posição socioeconómica pode resultar numa consideração simplista da avaliação das desigualdades, uma vez que, todos eles capturam diferentes aspetos de vida (Grundy; Holt, 2001) e, a par disso todos os indicadores apresentam vantagens e desvantagens. A educação pode não descrever da forma mais precisa a posição socioeconómica dos idosos, visto ser determinada numa fase inicial da vida adulta. Por isso, a sua utilização pode resultar em enviesamentos, uma vez que, dos indivíduos idosos mais velhos apenas uma pequena percentagem tem níveis de educação elevados (Huisman, Kunst, Mackenbach, 2003; Grundy, Holt, 2001). Por outro lado, enquanto que indicadores como a ocupação parecem contribuir para a explicação das desigualdades em saúde dos homens em idade ativa (Marmot; Shipley, 1996) mas perder o valor preditivo na população idosa (Huisman, Kunst, Mackenbach, 2003; Pirani, Salvini, 2012), a educação é o indicador

mais correlacionado com a saúde, na população idosa, em comparação com o rendimento ou a riqueza (Tsimbos, 2010), capaz de se adaptar a diferentes grupos etários (Menville *et al.*, 2010), fator importante neste estudo que abrange uma população idosa desde os 50 anos. O seu valor preditivo mostrou ser crucial em combinação com outras variáveis socioeconómicas (Grundy, Holt, 2001; Dalstra *et al.*, 2006). De uma forma geral, o rendimento e a ocupação atuais, ou o rendimento e a ocupação habituais, não refletem de forma adequada o tempo de vida da população idosa (Berkman; Macintyre, 1997).

De acordo com a literatura consultada, não existe consenso entre os investigadores sobre qual o indicador mais adequado para medir as desigualdades socioeconómicas nos idosos. A escolha da educação relaciona-se com evidências de uma relação com a saúde nos mais diversos âmbitos, sendo um indicador de posição socioeconómica de capital social individual que reflete tanto os recursos materiais como não materiais (Pirani; Salvini, 2012). Quanto mais elevado o nível educacional maior a probabilidade de possuir um maior conhecimento e literacia em saúde, forte contributo para a adoção de estilos de vida mais saudáveis; maior a probabilidade de ter uma melhor ocupação e características que a acompanham, nomeadamente, melhores condições de trabalho e benefícios associados, como por exemplo seguro de saúde, assim como um melhor rendimento; maior probabilidade de um maior sentido de controlo sobre a vida, posição social e rede de apoio social, contribuindo assim, para um melhor estado de saúde (Braveman; Egerter; Williams, 2011).

Uma outra limitação metodológica prende-se com o cariz deste estudo. De natureza transversal, não existe a possibilidade de estabelecer relações de causalidade, isto é, apesar de se saber que os idosos com níveis educacionais mais baixos estão em maior risco de ter pior saúde não podemos inferir sobre as causas subjacentes ao que se evidencia. Os resultados desta análise são, por isso, descritivos, não capturando a dinâmica da produção da saúde, negligenciando os caminhos que levam a uma boa ou má saúde na idade idosa (Grundy, Sloggett, 2003; Matthews *et al.*, 2005).

Os resultados aqui encontrados devem ser relacionados com desigualdades em saúde nos idosos em função da educação, não podendo ser generalizados a outros aspetos da situação socioeconómica. Um estudo de Manor, Matthews e Power (1997) revelou diferenças encontradas nas desigualdades, utilizando diferentes indicadores de posição socioeconómica. Assim, as desigualdades em saúde podem variar consoante o indicador socioeconómico escolhido.

6.4 Implicações

O presente estudo representa uma contribuição para a investigação empírica em Portugal sobre a equidade em saúde da população idosa, demonstrando a existência de desigualdades socioeconómicas, em função da educação, na população com 50 e mais anos residente em Portugal e, por conseguinte, alerta para a necessidade de encetar medidas que possam ser úteis na redução das mesmas.

O facto do envelhecimento populacional ser uma realidade para Portugal e da evidência das desigualdades socioeconómicas educacionais persistirem com o avançar da idade, revela a necessidade de uma maior atenção sobre a equidade em saúde no grupo dos idosos. O investimento em trabalhos de investigações em contexto nacional permite planejar ações, criar estruturas de avaliação e monitorização e introduzir medidas que permitam diminuir as desigualdades em saúde. Estas medidas devem ser promovidas e desenvolvidas através de uma ação intersectorial, uma vez que, combater a desigualdade socioeconómica em saúde não se esgota no campo da saúde. As medidas devem incidir tanto na melhoria da saúde da população idosa portuguesa como na redução das desigualdades sociais (Masseria; Allin, 2008).

À luz dos resultados encontrados neste trabalho podemos apontar como crucial a intervenção sobre os indivíduos educacionalmente menos favorecidos, de forma a possibilitar a redução no hiato em saúde. São estas as pessoas que, de forma constante e notória, estão em maior risco de saúde comparativamente aos educacionalmente favorecidos. De um modo geral, é necessário investir na educação da população e em ações de educação para a saúde que contribuam para o aumento da literacia em saúde. Acredita-se que as pessoas com melhor educação são mais recetivas a mensagens de saúde (promoção da saúde e prevenção da doença), têm maior capacidade de mudar os comportamentos de saúde (adoção de estilos de vida saudáveis) e de fazer um melhor uso do sistema de saúde (Menvielle *et al.*, 2010).

Visto a educação ser um fator socioeconómico que se estabelece cedo na idade adulta, a atuação neste campo será, na sua maioria, na população jovem e adulta e passa por melhorar as condições de educação, relativamente à qualidade e ao acesso e permanência. Assim, a redução das desigualdades socioeconómicas em saúde nos idosos passa por um investimento na educação das gerações jovens.

O investimento na melhoria dos cuidados de saúde primários visto serem os serviços com maior proximidade da população, especialmente importante neste segmento populacional que

vive, muitas vezes, afastada dos grandes centros urbanos (Santana, 2000), pode contrabalançar a propensão para a doença no grupo dos mais desfavorecidos (Furtado; Pereira, 2010). Estratégias de promoção da saúde e prevenção da doença, contribuirão para que os menos educados, que não possam por outro meio ter acesso à informação e conhecimento em saúde, consigam alcançar uma realização do potencial de saúde equiparável ao dos mais educados. São importantes veículos de redução de desigualdade em saúde a identificação de fatores de risco e promoção de comportamentos que visem a sua modificação, evitando o aparecimento de doenças; a realização de rastreios numa fase precoce e o encaminhamento de situações de doença para cuidados diferenciados.

Deve ser implementada uma ação prioritária para as patologias que poderão contribuir de um modo mais efetivo para a redução das desigualdades que, de acordo com os resultados do presente estudo, são a HTA e Artrite, onde é evidente o gradiente social em saúde.

Em suma, investir em políticas que melhorem a educação da população e em medidas mais específicas de educação para a saúde, afim de aumentar a literacia em saúde podem contribuir significativamente para a redução da desigualdade em saúde na população idosa. Neste último ponto, as medidas devem focar a população nas camadas idosas mais jovens.

VII. CONCLUSÃO

Com o presente estudo foi possível medir as desigualdades socioeconómicas, em função da educação, na saúde dos idosos (50 e mais anos) em Portugal.

Concluímos que existem desigualdades socioeconómicas em saúde nos idosos, favorecendo os menos educados em todas as variáveis de saúde estudadas “Problemas de saúde”, “Saúde auto-reportada”, “Doenças de longa duração” e “Atividade limitada”. Verificou-se um gradiente social em saúde relativamente à HTA e Artrite, favorecendo os idosos mais educados e um maior risco de reportar pior saúde, doenças de longa duração e limitação nas atividades de vida diárias para o grupo de idosos com menor educação, sendo por isso o grupo em maior risco de saúde.

Concluímos, também, que o perfil das desigualdades educacionais neste grupo populacional diminui com o avançar da idade. No grupo dos idosos mais jovens (50 aos 65 anos) o hiato entre os mais e menos educados é profundo, colocando os menos educados com um risco cerca de 10 vezes superior de reportar má saúde e cerca de 14 vezes superior de ter atividade limitada, não se encontrando valores significativos para a variável doenças de longa duração. Esta discrepância esbate-se com o avançar da idade, não se encontrando valores estatisticamente significativos para a má saúde auto-reportada e atividade limitada no grupo dos idosos muito velhos (80 e mais anos).

Estes resultados revelam ser necessário a ação no campo da equidade em saúde em várias frentes. Como ponto de partida é importante aprofundar o conhecimento e produzir evidência científica para Portugal, sobre as desigualdades socioeconómicas em saúde nos idosos, um segmento populacional com cada vez maior expressão na totalidade da população. A evidência de outros países serve princípios de comparação e orientação, mas cada país deve investir no estudo das desigualdades socioeconómicas nos idosos, a fim de perceber o seu próprio padrão, podendo de uma forma mais conhecedora traçar um plano de ação capaz de minimizar a presença das mesmas. De seguida, de acordo com as evidências, se existem desigualdades em saúde nos idosos, existem também medidas e políticas que podem ser implementadas para melhorar as condições e os recursos a nível material, social e cultural das pessoas idosas afim de aumentar os ganhos em saúde dos mais desfavorecidos socialmente. Melhorar a educação da população e investir em estratégias de educação para a saúde aumentando a informação e o conhecimento nesta área, nos idosos mais jovens (50 aos 65 anos) contribuirá para a redução das discrepâncias socioeconómicas em função da educação.

Por fim, para além da implementação de políticas, devem ser criadas medidas de monitorização e avaliação que permitam apreciar a eficácia e eficiência das políticas implementadas e realizar retificações às mesmas.

Apesar das limitações metodológicas apontadas, este estudo traz um conhecimento baseado na evidência sobre a realidade das desigualdades socioeconómicas da população idosa portuguesa, suportado por dados recentes.

Como futuras linhas de investigação, os estudos deverão permitir o estabelecimento de relações de causalidade. Os estudos de cariz longitudinal permitem seguir as coortes ao longo da vida e determinar em que momento os fatores socioeconómicos começam a ter um maior efeito, de que forma e sobre quais aspetos da saúde. Assim, poder-se-á compreender por que razão e o modo como se obtém as fortes desigualdades observadas nos idosos.

VIII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADLER, N.; STEWART, J. - Health disparities across the lifespan: Meaning, methods, and mechanisms [Em linha]. **Annals of The New York Academy of Sciences**. 1186 (2010) 5–23 [Consult. 3 Março 2015]. Disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1749-6632.2009.05337.x/epdf>
- AGUIAR, P. - Guia Prático de Estatística em Investigação Epidemiológica: SPSS. Lisboa: Climepsi Editores, 2007
- ALLIN, S.; MASSERIA, C.; MOSSIALOS, E. - Measuring Socioeconomic Differences in Use of Health Care Services by Wealth Versus by Income. [Em linha]. **American Journal of Public Health**. 99:10 (2009) 1849-1855. [Consult. 19 Jul. 2015]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2741508/>
- ALMEIDA, J. F.; PINTO, J. M. - A investigação nas ciências sociais: Estudo elaborado no gabinete de investigações sociais. Lisboa: Editorial Presença Lisboa, 1975
- BENZEVAL, M.; GREEN, M. J.; LEYLAND, A. H. - Do social inequalities in health widen or converge with age? Longitudinal evidence from three cohorts in the West of Scotland. [Em linha]. **BMC Public Health**. 11:947 (2011) 1-11. [Consult. 30 Ago. 2015]. Disponível em <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/947>
- BERKMAN, L. F.; MACINTYRE, S. - The measurement of social class in health studies: old measures and new formulations. [Em linha]. **IARC Scientific Publications**. 138 (1997) 51-64 [Consult. 15 Ago. 2015]. Disponível em <http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/epi/sp138/sp138-chap4.pdf>
- BRAVEMAN, P.; EGERTER, S.; WILLIAMS, D. - The Social Determinants of Health: Coming Age. [Em linha]. **Annual Review of Public Health**. 32 (2011) 381-98. [Consult. 16 Março 2015]. Disponível em <http://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev-publhealth-031210-101218>
- BRAVEMAN, P.; GRUSKIN, S. - Defining equity in health. **Journal of Epidemiology and Community Health**. 57:4 (2003) 254–258. [Consult. 3 Março 2015]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1732430/pdf/v057p00254.pdf>

- BRAVEMAN, P. - Health disparities and Health equity: Concepts and Measurement. [Em linha]. **Annual Reviews Public Health**. 27 (2006) 167–94. [Consult. 3 Março 2015]. Disponível em <http://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev.publhealth.27.021405.102103>
- BRAVEMAN, P. - What is Health Equity: And How Does a Life-Course Approach Take Us Further Toward It? [Em linha]. **Maternal and Child Health Journal**. 18:2. (2014) 366-372. [Consult. 3 Março 2015]. Disponível em <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10995-013-1226-9>
- BUCKLEY, N. J., [et al.] - Healthy aging at older ages: Are income and education important? [Em linha]. SEDAP: A program for research on social and economic dimensions of an aging population. Research paper nº 123. 2004. [Consult. 19 Jul. 2015]. Disponível em <http://socserv.mcmaster.ca/sedap/p/sedap123.pdf>
- BOWLING, A. - Socioeconomic differentials in mortality among older people. [Em linha]. **Journal of Epidemiology and Community Health**. 58:6 (2004) 438-440. [Consult. 15 Ago. 2015]. Disponível em <http://jech.bmj.com/content/58/6/438.full>
- CARRILHO M. J.; PATRÍCIO L. - A Situação Demográfica Recente em Portugal. [Em linha]. **Revista de Estudos Demográficos**. 45:5 (2010) 101-145. [Consult. 30 Ago. 2015]. Disponível em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=90343389&PUBLICACOEsmodo=2&xlang=pt
- CHANDOLA, T., [et al.] - Social inequalities in self reported health in early old age: follow-up of prospective cohort study. [Em linha]. **The BMJ**. 334 (2007) 1-7. [Consult. 30 Ago. 2015]. Disponível em <http://www.bmj.com/content/334/7601/990>
- COMISSÃO DOS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE - Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da acção sobre os seus determinantes sociais. Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. [Em linha]. Portugal: Organização Mundial da Saúde. 2010. [Consult. 16 Março 2015]. Disponível em http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789248563706_por.pdf?ua=1

- DALSTRA, J. A. A., [et al.] - A comparative appraisal of the relationship of education, income and housing tenure with less than good health among the elderly in Europe. [Em linha]. **Social Science & Medicine**. 62:8 (2006) 2046-2060. [Consult. 15 Ago. 2015]. Disponível em http://ac.els-cdn.com/S0277953605004946/1-s2.0-S0277953605004946-main.pdf?_tid=657eee3a-4378-11e5-a12e-00000aacb35f&acdnat=1439662188_4c42de5175e8710cd60d0ecaf223327c
- DALSTRA, J. A. A., [et al.] – Socioeconomic differences in the prevalence of common chronic disease: an overview of eight European countries. [Em linha]. **International Journal of Epidemiology**. 34:2 (2005) 316-326. [Consult. 30 Ago. 2015]. Disponível em <http://ije.oxfordjournals.org/content/34/2/316.short>
- DECRETO-LEI nº 167-E/2013 de 31 de dezembro. *Diário da República nº 253/2013 – I Série A*. Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social. Lisboa
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE - Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas. Circular Normativa. [Em linha]. Lisboa, Direção-Geral da Saúde, 2004. [Consult. 30 Ago. 2015]. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006345.pdf>
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE - Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares. Orientações Programáticas. [Em linha]. Lisboa, Direção-Geral da Saúde, 2012. [Consult. 30 Ago. 2015]. Disponível em <http://www.dgs.pt/em-destaque/programas-de-saude-prioritarios-orientacoes-programaticas.aspx>
- EUROPEAN COMMISSION - The 2012 Ageing Report Economic and budgetary projections for the 27 EU Member States (2010-2060). [Em linha]. Bruxelas: European Commission, 2012. [Consult. 6 Fev. 2015]. Disponível em http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2012/pdf/ee-2012-2_en.pdf
- FURTADO, C.; PEREIRA, J. – Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde. Documento de Trabalho. [Em linha]. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa - Escola Nacional de Saúde Pública, 2010. [Consult. 30 Ago. 2015]. Disponível em <http://pns.dgs.pt/files/2010/08/EA1.pdf>

- GALOBARDES, B., [et al.] - Indicators of socioeconomic position (part 1). [Em linha]. **Journal of Epidemiology and Community Health**. 60 (2006) 7-12. [Consult. 15 Ago. 2015]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2465546/>
- GHIGLIONE, R.; MATALON, B. - O Inquérito: Teoria e prática. 3ª edição. Lisboa: Celta, 1997
- GONÇALVES, C.; CARRILHO M. J. - Envelhecimento crescente mas espacialmente desigual. [Em linha]. **Revista de Estudos Demográficos**. 40/2ºSemestre (2007) 21-38. [Consult. 6 Fev. 2015]. Disponível em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_estudos&ESTUDOSest_boui=56496766&ESTUDOSmodo=2
- GROOT, W. - Adaptation and scale of reference bias in self-assessments of quality of life. [Em linha]. **Journal of Health Economics**. 19 (2000) 403–420. [Consult. 19 Jul. 2015]. Disponível em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167629699000375>
- GRUNDY, E.; HOLT, G. - The socioeconomic status of older adults: How should we measure it in studies of health inequalities? [Em linha]. **Journal of Epidemiology and Community Health**. 55 (2001) 895–904. [Consult. 19 Jul. 2015]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1731799/>
- GRUNDY, E.; SLOGGETT, A. - Health inequalities in the older population: the role of personal capital, social resources and socio-economic circumstances. [Em linha]. **Social Science & Medicine**. 56:5 (2003) 935-947. [Consult. 15 Ago. 2015]. Disponível em http://ac.els-cdn.com/S027795360200093X/1-s2.0-S027795360200093X-main.pdf?_tid=a65ef70c-4377-11e5-901a-00000aab0f27&acdnat=1439661867_028f8ecd40f758e52bf020eb4f806b4d
- HUISMAN, M., [et al.] - Educational inequalities in cause-specific mortality in middle-aged and older men and women in eight western European populations. [Em linha]. **The Lancet**. 365:9458 (2005) 493-500. [Consult. 15 Ago. 2015]. Disponível em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673605178672>
- HUISMAN, M., [et al.] - Socioeconomic inequalities in mortality among elderly people in 11 European populations. [Em linha]. **Journal of Epidemiology and Community**

- Health**. 58:6 (2004) 468–475. [Consult. 15 Ago. 2015]. Disponível em <http://jech.bmj.com/content/58/6/468.full.pdf+html>
- HUISMAN, M.; KUNST, A. E.; MACKENBACH, J. P. - Socioeconomic inequalities in morbidity among the elderly: a European overview. [Em linha]. **Social Science & Medicine**. 57:5 (2003) 861–873. [Consult. 15 Ago. 2015]. Disponível em http://ac.els-cdn.com/S0277953602004549/1-s2.0-S0277953602004549-main.pdf?_tid=dbb5b09a-4376-11e5-89ac-00000aacb35f&acdnat=1439661527_5c791f18d732c7cf5bb186a6fa8b6f93
- IDLER E. L.; BENYAMINI, Y. - Self-Rated Health and Mortality: A Review of Twenty-Seven Community Studies. [Em linha]. **Journal of Health and Social Behavior**. 38:1 (1997) 21-37. [Consult. 19 Jul. 2015]. Disponível em <http://www.jstor.org/stable/2955359>
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - Dia Mundial da População. Informação à Comunicação Social, 11 de Julho de 2014. [Em linha]. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde, 2014 [Consult. 11 Ago. 2015]. Disponível em https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0CC0QFjACahUKEwjz7vOboqHHAhXEVhQKHSPcBoE&url=https%3A%2F%2Fwww.ine.pt%2Fngt_server%2Fattachfileu.jsp%3Flook_parentBoui%3D218948085%26att_display%3Dn%26att_download%3Dy&ei=SQRKVbOmMsStUaO4m4gI&usg=AFQjCNEQCKHiAGgl08YF1yIWe2fMfb76KA&bvm=bv.99804247,d.d24
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - O Envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas. [Em linha]. **Revista de Estudos Demográficos**. 2º Semestre (2002) 185-208. [Consult. 6 Fev. 2015]. Disponível em http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_estudo_det&menuBOUI=13707294&contexto=es&ESTUDOSest_boui=106370&ESTUDOSmodo=2&selTab=tab1
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - Saúde e Incapacidades em Portugal, 2011. [Em linha]. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, 2012. [Consult. 30 Ago. 2015]. Disponível em

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=149446932&PUBLICACOESmodo=2

KING, N. B; HARPER, S.; YOUNG, M. E. - Use of relative and absolute effect measures in reporting health inequalities: structured review. [Em linha]. **The BMJ**. 345 (2012) 1-8. [Consult. 30 Ago. 2015]. Disponível em <http://www.bmj.com/content/345/bmj.e5774>

MACEDO, M. E., [et al.] - Prevalência, Conhecimento, Tratamento e Controlo da Hipertensão em Portugal. Estudo PAP [2]. [Em linha]. **Revista Portuguesa de Cardiologia**. 26:1 (2007) 21-39. [Consult. 30 Ago. 2015]. Disponível em <http://www.spc.pt/DL/RPC/artigos/787.pdf>

MACKENBACH, J. P., [et al.] - Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries. [Em linha]. **The New England Journal of Medicine**. 358:23 (2008) 2468-2481. [Consult. 30 Ago. 2015]. Disponível em <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMsa0707519>

MANOR, O.; MATTHEWS, S.; POWER, C. – Comparing measures of health inequality. [Em linha]. **Social Science & Medicine**. 45: (1997) 761-771. [Consult. 30 Ago. 2015]. Disponível em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953696004121>

MARMOT, M., [et al.] - Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. [Em linha]. **The Lancet**. 372 (2008) 1661–69. [Consult. 16 Março 2015]. Disponível em http://ac.els-cdn.com/S0140673608616906/1-s2.0-S0140673608616906-main.pdf?_tid=35af0d00-cb6b-11e4-bde0-00000aacb35e&acdnat=1426462385_34e8798db3e7f21cec8bb601d644d4dc

MARMOT, M. G.; SHIPLEY, M. J. - Do socioeconomic differences in mortality persist after retirement? 25 Year follow up of civil servants from the first Whitehall study. [Em linha]. **The BMJ**. 313 (1996) 1177-1180. [Consult. 30 Ago. 2015]. Disponível em <http://www.bmj.com/content/313/7066/1177>

MARÔCO, J. - Análise Estatística com o PASW Statistics. Pêro Pinheiro: ReportNumber Lda, 2010

- MASSERIA, C.; ALLIN, S. - Methodological note: Relative and absolute inequalities in health. [Em linha]. The London School of Economics and Political Science. European Comission, 2008. [Consult. 30 Ago. 2015]. Disponível em <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:BvdjFzpljbgJ:ec.europa.eu/social/BlobServlet%3FdocId%3D3966%26langId%3Den+&cd=1&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt&client=safari>
- MATTHEWS, R. J., [et al.] - Socioeconomic factors associated with the onset of disability in older age: a longitudinal study of people aged 75 years and over. [Em linha]. **Social Science & Medicine**. 61:7 (2005) 1567-1575. [Consult. 15 Ago. 2015]. Disponível em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953605000845>
- MAURER, J. - Socioeconomic and Health Determinants of Health Care Utilization Among Elderly Europeans: A Semiparametric Assessment of Equity, Intensity and Responsiveness for Ten European Countries. [Em linha]. Mannheim Research Institute for the Economics of Aging, Discussion Paper No. 144-07. 2006 [Consult. 19 Jul. 2015]. Disponível em http://www.york.ac.uk/media/economics/documents/herc/wp/06_08.pdf
- MERLO, J., [et al.] - Social inequalities in health – do they diminish with age? Revisiting the question in Sweden 1999. **Internacional Journal for Equity inHealth**. [Em linha]. 2:2 (2003) 1-5. [Consult. 30 Ago. 2015]. Disponível em <http://www.equityhealthj.com/content/2/1/2>
- MENVIELLE, G., [et al.] - Socioeconomic inequalities in cause specific mortality among older people in France. [Em linha]. **BMC Public Health**. 10:260 (2010) 1-10. [Consult. 15 Ago. 2015]. Disponível em <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-10-260.pdf>
- PLANO NACIONAL DE SAÚDE - Plano Nacional de Saúde 2012-2016 – Versão Resumo. [Em linha]. Lisboa, Direção-Geral da Saúde, 2013. [Consult. 30 Ago. 2015]. Disponível em <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2013/05/Versao-resumo.pdf>
- PIRANI, E.; SALVINI, S. - Socioeconomic Inequalities and Self-Rated Health: A Multilevel Study of Italian Elderly. [Em linha]. **Population Research and Policy Review**. 31:1

- (2010) 97-117. [Consult. 30 Ago. 2015]. Disponível em <http://link.springer.com/article/10.1007/s11113-011-9219-0>
- QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L.V. - Manual de Investigação em Ciências Sociais. 2ª edição. Lisboa: Gradiva, 1998
- ROSA, M. J. – Envelhecimento demográfico: proposta de reflexo sobre o curso dos factos. [Em linha]. **Análise Social**. 31:139 (1996) 1183-1198. . [Consult. 6 Fev. 2015]. Disponível em <http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1223396536I8vQY0ea3Wi28YJ8.pdf>
- SANTANA, P. - Ageing in Portugal: regional inequities in health and health care. [Em linha]. **Social Science & Medicine**. 50:7-8 (2002) 1025-1036. [Consult. 30 Ago. 2015]. Disponível em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953699003524>
- SANTANA, P. - Poverty, social exclusion and health in Portugal. [Em linha]. **Social Science & Medicine**. 55:1 (2002) 33–45. [Consult. 19 Jul. 2015]. Disponível em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953601002180>
- SURVEY OF HEALTH, AGEING AND RETIREMENT IN EUROPE (SHARE) - Release Guide 2.5.0 Waves 1&2. [Em linha]. Mannheim Research Institute for the Economics of Aging, 2011. [Consult. 6 Fev. 2015]. Disponível em http://www.share-project.org/fileadmin/pdf_documentation/SHARE_release_guide.pdf
- TSIMBOS, C. - An assessment of socio-economic inequalities in health among elderly in Greece, Italy and Spain. [Em linha]. **Journal of Epidemiology and Community Health**. 55:1 (2010) 5-15. [Consult. 15 Ago. 2015]. Disponível em <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00038-009-0083-1>
- TUBEUF, S.; JUSOT, F. - Social health inequalities among older Europeans: the contribution of social and family background. [Em linha]. **The European Journal of Health Economics**. 12:1 (2011) 61-77. [Consult. 19 Jul. 2015]. Disponível em <http://link.springer.com/article/10.1007/s10198-010-0229-3>
- UNITED NATIONS - World Population Ageing. [Em linha]. Nova Iorque: United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2013. [Consult. 6 Fev. 2015]. Disponível em

<http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2013.pdf>

van DOORSLAER, E.; KOOLMAN, X. - Explaining the differences in income-related health inequalities across European countries. [Em linha]. **Health Economics**. 13:7 (2004) 609-628. [Consult. 19 Jul. 2015]. Disponível em http://www2.eur.nl/ecuity/public_papers/wp6v2.pdf;

VEIGA, M. - Legislação da União Europeia para o Envelhecimento. [Em linha]. **Europe Direct Aveiro – Debater a Europa. Que Europa(s)? Contextos e Desafios**. 11: Jul/Dez (2014) 373-394. [Consult. 6 Fev. 2015]. Disponível em <http://www.europe-direct-aveiro.aeva.eu/debatereuropa/images/n11/mveiga.pdf>

WHITEHEAD, M. - A typology of actions to tackle social inequalities in health. [Em linha]. **Journal of Epidemiology and Community Health**. 61:6 (2007) 473-478. [Consult. 3 Março 2015]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2465710/pdf/473.pdf>

WHITEHEAD, M.; DAHLGREN, G. - Levelling Up, Part 1: Concepts and principles for tackling social inequalities in health. [Em linha]. Copenhagen. World Health Organization. 2006. [Consult. 3 Março 2015]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2465710/pdf/473.pdf>

WHITEHEAD, M. - The Concepts and Principles of Equity and Health. [Em linha]. Copenhagen. Programme on Health Policies and Planning of the WHO Regional Office for Europe. World Health Organization, 1990. (NP discussion paper). [Consult. 3 Março 2015]. Disponível em http://salud.ciee.flacso.org.ar/flacso/optativas/equity_and_health.pdf

WORLD ECONOMIC FORUM - Global Population Ageing: Peril or Promise. [Em linha]. Genebra: World Economic Forum, 2011. [Consult. 6 Fev. 2015]. Disponível em http://www3.weforum.org/docs/WEF_GAC_GlobalPopulationAgeing_Report_2012.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION - A conceptual framework for action on the social determinants of health. Discussion Paper Series on Social Determinants of Health, 2. [Em linha]. Genebra: World Health Organization, 2010. [Consult. 16 Março 2015].

Disponível em
http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION a) - Are you ready? What you need to know about ageing. [Em linha]. Genebra: World Health Organization, World Health Day 2012. [Consult. 6 Fev. 2015]. Disponível em <http://www.who.int/world-health-day/2012/toolkit/background/en/>

WORLD HEALTH ORGANIZATION b) - Global brief for World Health Day 2012: Good Health adds life to years. [Em linha]. Genebra: World Health Organization, 2012. [Consult. 6 Fev. 2015]. Disponível em http://whqlibdoc.who.int/hq/2012/WHO_DCO_WHD_2012.2_eng.pdf.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - Definition of an older or elderly person. [Em linha]. Genebra: World Health Organization, 2014. [Consult. 6 Fev. 2015]. Disponível em <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>

WORLD HEALTH ORGANIZATION - Equity. [Em linha]. Genebra: World Health Organization, 2015. [Consult. 3 Março 2015]. Disponível em <http://www.who.int/healthsystems/topics/equity/en/>

WORLD HEALTH ORGANIZATION - Handbook on health inequality monitoring: with a special focus on low- and middle-income countries. [Em linha]. Genebra: World Health Organization, 2013. [Consult. 30 Ago. 2015]. Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85345/1/9789241548632_eng.pdf